MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIŢANU

Gheorghe BACIU

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ A CADAVRULUI ŞI PERSOANEI

(Ghid practic)

Chişinău
2008

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Catedra Medicină legală

Gheorghe BACIU

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ A CADAVRULUI ȘI PERSOANEI

(Ghid practic)

Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2008

CZU 340.6 (076.5)
B 13

Aprobat de Consiliul postuniversitar al USMF *Nicolae Testemițanu*, proces-verbal nr. 1 din 31.01.2008

Recenzenți: *Nicolae Eșanu*, profesor universitar
Andrei Pădure, conferențiar universitar

În lucrare se abordează motivele și specificul de examinare a cadavrelor și persoanelor agresate în aspect medico-legal, prevăzut de normele procedurale. Sunt desrise pe larg procedeele tehnice ale autopsiei, acțiunile medicului la diferite etape de cercetare, perfectarea corectă a documentației respective. O deosebită atenție se acordă principiilor de elaborare a diagnosticului medico-legal și formulării concluziilor ca parte componentă a raportului de cercetare a cadavrului, care prezintă o probă de mare valoare pentru organele de drept. Se accentuează metodologia examinării persoanelor, descrierea leziunilor mecanice și algoritmul aprecierii gradului de vătămare corporală.

Lucrarea este predestinată în primul rând studenților și rezidenților, medicilor-specialiști care pot fi antrenați în astfel de cercetări, medicilor legiști și morfopatologilor – în procesul de instruire și perfecționare a tinerilor specialiști.

Redactor: *Sofia Fleștor*
Machetare computerizată: *Veronica Istrati*

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Baciu, Gheorghe

Expertiza medico-legală a cadavrului și persoanei: (Ghid practic) / Gheorghe Baciu; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*. Catedra Medicină legală. – Ch.: CEP *Medicina*, 2008. – 178 p.

Bibliogr. p. 175–176 (17 tit.)
ISBN 978-9975-915-35-9
300 ex.

340.6 (076.5)

ISBN 978-9975-915-35-9

CUPRINSUL

Prefaţă 3
I. Specificul cercetării cadavrului la faţa locului
1. Noţiuni generale 6
2. Sarcinile medicului-specialist 8
3. Examinarea cadavrului la faţa locului 14
4. Cercetarea şi descrierea corpurilor delicte la faţa locului 18
II. Examinarea medico-legală a cadavrului
1. Noţiuni generale 25
2. Examinarea externă a cadavrului 27
3. Procedeele examinării interne a cadavrului 29
4. Probe prealabile de diagnostic 59
5. Cercetări suplimentare de laborator 60
6. Toaleta cadavrului 64
III. Particularităţi ale tehnicii şi metodelor de cercetare a unor cadavre
1. Cercetarea cadavrelor de feţi şi nou-născuţi 66
2. Cercetarea cadavrului în moarte subită 72
3. Cercetarea cadavrelor în cazul morţii prin maladii deosebit de contagioase 73
4. Examinarea persoanelor decedate în staţionar 75
5. Cercetarea cadavrului în moarte violentă 77
6. Examinarea cadavrelor neidentificate, dezmembrate şi scheletizate 82
7. Cauzele morţii în leziunile mecanice 85
8. Manifestările intravitale 88
IV. Cerinţele faţă de documentarea expertizei medico-legale a cadavrului
1. Completarea şi eliberarea certificatului medical constatator al decesului 95
2. Întocmirea raportului de cercetare medico-legală a cadavrului 99

3. Elaborarea diagnosticului medico-legal.................... 109
4. Principiile de elaborare a concluziilor........................ 112
5. Exemple şi concluzii medico-legale............................ 117
V. Expertiza medico-legală a persoanelor
1. Noţiuni generale.. 128
2. Aprecierea gradului de gravitate al vătămării corporale.. 130
3. Expertiza stărilor şi infracţiunilor sexuale................ 141
4. Expertiza capacităţii de muncă.................................. 143
5. Expertiza stării sănătăţii.. 144
6. Expertiza vârstei.. 147
7. Expertiza filiaţiei.. 149
VI. Aprecierea medico-legală a gravităţii vătămării corporale în traumele craniocerebrale
1. Noţiuni generale.. 151
2. Caracteristica traumelor craniocerebrale.................. 152
3. Stabilirea gravităţii vătămării corporale.................... 167
Bibliografie.. 175

PREFAȚĂ

Din cele mai vechi timpuri se atestă situații firești, când unele norme de drept prevăd participarea specialiștilor din domeniul medicinii la renovarea diferitor probleme ce țin de anchetare, de cercetare penală sau de judecată. Importanța concluziilor medicale pentru judecată este ilustrată convingător prin Dispozițiile celor 12 tabele aprobate la Roma încă în anul 448 î.Hr., care recomandau prezența obligatorie a medicului la discutarea dosarelor referitoare la victimele morții violente, aprecierea nașterilor „legitimat", dreptul de tutelă asupra decedaților etc.

Dispoziții cu caracter medico-legal apar pentru prima dată pe teritoriul Țării Moldovei în Pravilele lui Vasule Lupu (1646). Acest document stipula că în orice fel de rănire se impune chemarea „vraciului", pentru a stabili „gravitatea și răspunderile" legate de producerea rănilor, care se împărțeau în două grupe: mortale (de la cap și inimă) și nemortale. Concomitent, existau prevederi de expertize în caz de otrăviri, deflorări, iresponsabilitate a bolnavilor psihici, dereglare a auzului și graiului etc.

Progresul științelor medicale și biologice, înregistrat de-a lungul secolelor, a influențat pozitiv asupra dezvoltării medicinii legale ca disciplină de sine stătătoare. Patologia medico-legală a devenit obiectul multor cercetări științifice, atât pe cadavre, cât și pe persoane, în practică implementându-se noi metode și procedee investigaționale. De menționat că în expertizele medico-legale se prezintă importante probe obiective pentru stabilirea adevărului socio-juridic. În prezent, expertiza medico-legală este un procedeu fără de care normele de drept penal referitoare la infracțiunile comise împotriva sănătății și vieții umane ar fi insuficiente.

Principiile de organizare și efectuare a expertizei medico-legale în Republica Moldova sunt stabilite în Legea cu privire la expertiza judiciară (2000) cu modificările ulterioare, Legea privind ocrotirea sănătății (1995) și în alte acte normative. În articolul 143 al Codului de procedura penală (2003) se stipulează cazurile obli-

gatorii de dispunere a expertizei medico-legale. Conform prevederilor acestui document, expertiza medico-legală poate fi efectuată numai de persoane cu studii medicale superioare şi cu o pregătire specială în domeniul medicinii legale, iar în calitate de specialist poate fi invitat oricare medic. Codul de procedură penală mai prevede şi alte reglementări ce ţin de activităţile expertale, cum ar fi audierea expertului (art. 153), referitor la corpurile delicte şi păstrarea lor (art. 158, 159, 160) etc.

În conformitate cu legislaţia procedurală din Republica Moldova, oricare medic, indiferent de ramura profesată, poate fi antrenat în calitate de specialist pentru examinarea cadavrului la faţa locului, depistarea şi ridicarea mostrelor de origine biologică, cu scopul de a face cercetări comparative suplimentare, pentru examinarea victimei, consultarea organelor de drept în formularea întrebărilor adresate expertizei medico-legale, prezentarea consultaţiilor în probleme ce ţin de competenţa lor profesională etc. Informaţiile şi concluziile medicului-specialist sunt apreciate în instanţa de judecată drept dovezi (probe) importante pentru cauză, din care motiv avocaţii apelează tot mai des la medicii de diverse specialităţi pentru a da explicaţii referitoare la calitatea serviciilor prestate, asupra deficienţelor admise în activitatea medicului etc.

Extinderea posibilităţilor de antrenare a medicului-specialist în acţiuni procedurale şi diversificarea obligaţiilor atribuite prin lege presupun ridicarea nivelului de cunoştinţe teoretice şi aptitudini practice în domeniul medicinii legale. La rândul său, conceptul de formare profesională şi însuşire a diferitor compartimente ale medicinii legale trebuie să fie integrat în alte discipline limitrofe şi să corespundă unui algoritm bine determinat, bazat pe principiul continuităţii şi etapizării adecvate de studii. Manualele şi materialele didactice destinate studenţilor-medici şi tinerilor specialişti trebuie să conţină suficiente informaţii cu caracter aplicativ practic, indiferent de specializarea ulterioară.

Sperăm ca informațiile prezentate în actualul ghid să fie de folos pentru medicii-specialiști la însușirea principiilor și cerințelor de examinare a cadavrelor și persoanelor agresate în aspect medico-legal, începând cu cercetarea la fața locului și terminând cu elaborarea concluziilor respective. Abordarea procedeelor tehnice ale autopsiei persoanelor decedate în urma diverselor forme de moarte violentă, evidențierea posibilităților de selectare a metodelor cercetărilor de laborator sau a probelor prealabile de diagnostic în funcție de caz, cunoașterea cerințelor față de descrierea leziunilor corporale și de examinare a persoanelor agresate, de rând cu alte informații specifice din lucrare, vor facilita calitatea perfectării documentelor medicale, folosite adesea în cadrul expertizelor medico-legale și vor ridica competitivitatea activității profesionale a medicului.

Lucrarea este predestinată studenților-medici, rezidenților catedrelor clinice, inclusiv la disciplina *Medicină legală și morfopatologie*, precum și altor specialiști care sunt implicați în cercetarea cadavrelor și examinarea victimelor agresiunilor.

I. SPECIFICUL CERCETĂRII CADAVRULUI LA FAȚA LOCULUI

1. Noțiuni generale

Cercetarea locului faptei reprezintă o acțiune de anchetă foarte importantă și prevăzută prin lege, efectuată de urgență de către o echipă condusă de ofițerul de urmărire penală sau procuror, din care adesea face parte și un specialist din domeniul medicinii. De cele mai multe ori, medicul este solicitat pentru a examina cadavrul la fața locului sau persoanele în viață, dar poate participa și în cazurile de reconstituire a faptei, la interogatoriu, la percheziție sau prelevarea mostrelor (sânge, fire de păr etc.), pentru cercetarea comparativă a acestor probe etc.

Locul faptei este un sector de teren sau încăpere în limitele căruia s-a produs infracțiunea sau alt eveniment cu caracter penal (omucidere, jaf, viol, sinucidere, accident rutier etc.). Locul unde a fost descoperit cadavrul unei persoane este considerat drept locul faptei. Numai o examinare minuțioasă, întreprinsă la momentul oportun va permite obținerea unor informații prețioase în descoperirea infracțiunii. Și invers, o cercetare superficială, întârziată, incompetentă va duce la pierderea multor probe, care ulterior nu pot fi restabilite.

Ofițerul de urmărire penală sau procurorul este în drept să solicite pentru participare la cercetarea locului faptei nu doar specialiști din domeniul respectiv, ci și pe cel învinuit, bănuit și partea vătămată. Participarea martorilor nu este obligatorie, însă aceștia pot atesta procedeele și rezultatele examinării locului faptei.

Deplasarea medicului-specialist la fața locului și reîntoarcerea lui, crearea condițiilor pentru îndeplinirea obligațiilor prevăzute prin Lege, transportarea cadavrului la morgă și a corpurilor delicte pentru cercetări de laborator sunt asigurate de către ordonator.

Examinarea exterioară a cadavrului la locul unde acesta a fost depistat se face de oricare medic în calitate de specialist, dar cel

mai des este antrenat medicul legist, care în astfel de cazuri nu dispune de drepturile şi obligaţiile expertului judiciar. Opiniile şi explicaţiile acestuia nu pot avea valoarea concluziei, ci poartă doar un caracter consultativ şi sunt prezentate în mod verbal. Ulterior, medicul legist, care a luat parte la examinarea exterioară a cadavrului la faţa locului, poate participa în procesul dat şi în calitate de expert, efectuând necropsia cadavrului şi prezentându-şi concluziile în scris.

În procesul examinării locului faptei, ofiţerul de urmărire penală sau procurorul întocmeşte un proces-verbal, în care descrie toate acţiunile sale şi ale medicului-specialist, precum şi toate faptele constatate pe parcursul cercetării, în aceeaşi ordine în care s-au efectuat constatările. De regulă, cadavrul este examinat în locul unde a fost găsit. Şi doar în cazuri excepţionale, în lipsa condiţiilor optime, cadavrul poate fi transportat la morga medico-legală, unde se şi examinează. Informaţiile referitoare la cadavru şi corpurile delicte de origine biologică sunt dictate de către medic ofiţerului de urmărire penală, pentru a fi incluse în procesul-verbal. Ultimul document este semnat la finele examinării de către toţi participanţii (ofiţerul de urmărire penală, criminalistul, medicul-specialist, martorii).

Cercetarea locului faptei se efectuează, de obicei, în două etape consecutive – statică şi dinamică.

La etapa **statică** locul faptei se examinează fără a se schimba starea iniţială a obiectelor, a corpurilor delicte (arme de foc, cuţite etc.) şi a cadavrului. Se fixează detaliat localizarea tuturor obiectelor, raportul lor reciproc, urmele descoperite etc.

Examinarea locului faptei continuă cu etapa **dinamică,** în cadrul căreia obiectele descoperite pot fi luate în mână, deplasate, cercetate minuţios etc., graţie cărui fapt sunt posibile un examen multilateral şi evidenţierea particularităţilor acestor obiecte sau a unor urme specifice. În anumite situaţii se admite alternarea etapelor menţionate de examinare.

În unele cazuri sunt necesare cercetările suplimentare sau repetate. Examinarea **suplimentară** se practică în cazul în care în timpul cercetării primare nu toate obiectele de la fața locului au fost examinate sau au fost cercetate incomplet. Această examinare poate avea loc și după autopsia cadavrului, în cadrul căreia pot apărea informații noi, suplimentare. De obicei, în procesul cercetării suplimentare se examinează numai unele sectoare ale locului faptei sau anumite obiecte.

Cercetarea **repetată** a locului faptei se face în cazurile când examinarea primară a fost necalitativă sau efectuată pe timp nefavorabil (ploaie, ninsoare, iluminare insuficientă etc.). Există și cazuri când locul faptei se cercetează în procesul examinării dosarului în ședința de judecată.

Examenul la fața locului are următoarele obiective principale:

1) descoperirea, cercetarea, descrierea, păstrarea și prelevarea urmelor prezente pe victime și pe diferite obiecte din apropiere;

2) stabilirea împrejurărilor în care s-a desfășurat infracțiunea (accidentul), a deplasărilor agresorului și victimei;

3) cercetarea minuțioasă a fiecărui element în parte, capabil să contribuie la identificarea agresorului și a obiectului vulnerant.

2. Sarcinile medicului-specialist

Examinarea exterioară a cadavrului la fața locului se efectuează într-o anumită consecutivitate și se descriu:

a) localizarea, poziția și atitudinea cadavrului;

b) obiectele de pe cadavru și din apropierea lui imediată;

c) hainele și încălțămintea de pe cadavru;

d) datele generale despre cadavru și fenomenele cadaverice;

e) principalele leziuni corporale exterioare etc.

Sarcinile medicului-specialist la examinarea exterioară a cadavrului la fața locului:

- să constate moartea reală a persoanei;
- să stabilească timpul scurs de la deces;

• să-l ajute consultativ pe ofițerul de urmărire penală sau pe procuror la examinarea cadavrului;

• să contribuie la depistarea, descrierea, fixarea, ridicarea și ambalarea probelor delicte de origine biologică sau obiectelor cu urmele acestora, care trebuie expediate la laborator pentru investigații suplimentare;

• să-și expună opinia preliminară asupra caracterului, mecanismului și vechimii producerii leziunilor corporale, asupra obiectului cu care putea să fie produsă trauma;

• să dea unele consultații reprezentantului organului de drept la întocmirea ordonanței de dispunere a expertizei medico-legale a cadavrului și a corpurilor delicte, la formularea întrebărilor înaintate spre rezolvare.

Medicul-specialist trebuie să sosească la fața locului înzestrat cu o servietă cu instrumente pentru cercetarea modificărilor cadaverice și a unor reacții supravitale, precum și cu alte instrumente strict necesare.

Prima sarcină a medicului-specialist la fața locului este diagnosticul pozitiv al morții. De obicei, decesul omului se constată până la sosirea grupei operative. La cea mai mică îndoială privind instalarea morții reale, victimei i se acordă ajutorul medical adecvat, inclusiv spitalizarea ei.

Până a începe examinarea, cadavrul va rămâne în poziția în care a fost găsit; se va fotografia în ansamblu și în detaliu, apoi urmele suspecte din jurul cadavrului. La fotografiere se recomandă să se fixeze în imagine o riglă gradată, care va permite ulterior o orientare asupra raporturilor metrice.

După constatarea morții reale începe examinarea exterioară a cadavrului. În procesul-verbal se fixează toate datele referitoare la circumstanțele faptei, iar datele examenului extern al cadavrului se notează într-o anumită ordine. În mod obligatoriu se vor descrie modificările și urmele care nu pot fi completate ulterior, inclusiv la cercetarea medico-legală a cadavrului în morgă.

1. **Localizarea, poziţia şi atitudinea cadavrului**. Se notează denumirea locului unde a fost descoperit cadavrul: pădure, câmp, stradă sau locuinţă etc. Se descrie denumirea concretă a localităţii, străzii, casei, sectorului în care se află cadavrul.

Se consemnează *poziţia* cadavrului în raport cu obiectele imobile din încăpere (uşă, sobă) sau în aer liber (drum, copac, alte obiecte). Se va nota poziţia cadavrului faţă de urmele şi obiectele din jur, indicându-se şi distanţa dintre acestea. Exemplu: „Cadavrul se află în sufragerie pe podea, orientat cu capul spre fereastră, la 70 cm de aceasta, iar cu picioarele spre uşa de intrare".

Se indică *atitudinea* cadavrului, adică raportul dintre părţile anatomice ale corpului. Exemplu: „Cadavrul este culcat pe spate, cu capul înclinat spre umărul drept, membrele superioare fiind întinse de-a lungul trunchiului, iar cele inferioare parţial îndepărtate şi flectate în articulaţiile genunchilor". Unele atitudini sunt caracteristice pentru anumite feluri de moarte: „embrionară" – pentru moartea prin hipotermie; „boxerului" sau „scrimerului" – pentru acţiunea temperaturii înalte.

2. **Obiectele de pe cadavru şi din apropierea lui**. În primul rând, se examinează şi se descriu acele obiecte cu care au putut fi produse leziunile corporale (puşcă, topor, ciocan, laţ în jurul gâtului etc.). Obiectele şi instrumentele vulnerante vor fi examinate pentru a constata dacă prin ele s-au putut produce leziuni de tipul celor de pe cadavru. Unele obiecte vulnerante se pot afla chiar în corpul defunctului (un cuţit în canalul unei plăgi înţepat-tăiate, un căluş în cavitatea bucală etc.). Extragerea lor din corpul victimei la faţa locului e strict interzisă. Nu se scot nici laţurile de pe gâtul persoanei spânzurate.

Anumite obiecte (cuţit, pistol, fire de păr etc.) pot fi descoperite în mâinile cadavrului. După o examinare minuţioasă, acestea sunt descrise şi ridicate pentru o investigaţie specială. Cu o deosebită atenţie se examinează şi se descriu urmele de sânge, urină, mase vomitive etc. de lângă cadavru, indicându-se localizarea acestora în raport cu părţile anatomice ale corpului, culoarea, forma, di-

mensiunile şi alte particularităţi. Medicul-specialist va determina mecanismul producerii urmelor de sânge, dacă acestea au fost provocate prin prelingere sau stropire, şi care-i orientarea lor. Delimitarea urmelor de sânge pe suporturile solide nu prezintă dificultăţi, iar pe cele poroase, de exemplu pe sol, e dificilă, deoarece conturul lor este vag. Pe zăpadă, sângele se păstrează perfect, având culoarea roşie. La dezgheţare, marginile petei de sânge devin neclare, fuzionează şi se măresc în volum.

Medicul-specialist va descrie şi probele materiale, care au o semnificaţie deosebită. În cazul intoxicaţiilor pot fi găsite mase vomitive şi fecale, care eventual pot să conţină substanţe toxice. Substanţele care au putut provoca intoxicaţia (pulberi, medicamente, lichide), precum şi ambalajele lor (flacoane, fiole etc.) trebuie ridicate şi expediate spre cercetare în laboratorul toxicologic.

3. **Hainele şi încălţămintea de pe cadavru**. Acestea se examinează atent: din ce stofă sunt confecţionate, fasonul, coincidenţa măsurii hainei şi corpului, gradul de uzură, corespunderea anotimpului, lipsa unor porţiuni. Se verifică conţinutul buzunarelor, prezenţa în ele a unor obiecte, medicamente, reţete medicale etc. Se examinează şi se descriu toate urmele specifice de pe haine, care pot dispărea la deplasarea şi transportarea cadavrului la morgă. Nu se recomandă dezbrăcarea cadavrului.

O anumită atenţie se va acorda şi cercetării încălţămintei, pe care pot fi depistate impurităţi (vopsea, var, lut etc.) ce lipsesc la faţa locului, fapt care uneori mărturiseşte că moartea victimei a survenit în alt loc. În cazurile accidentelor rutiere pe talpă pot fi constatate urme de alunecare pe suprafaţa carosabilului. Ridicarea amprentelor digitale şi plantare, a urmelor de încălţăminte pe diferite obiecte (sol) este sarcina expertului-criminalist.

4. **Datele generale despre cadavru.** Se indică particularităţile anatomo-constituţionale: sexul, vârsta (la exterior), talia, constituţia, nutriţia, culoarea tegumentelor şi alte semne. Mai detaliat se descriu cadavrele persoanelor neidentificate.

5. **Fenomenele cadaverice**. În primul rând, se vor cerceta fenomenele cadaverice precoce. Gradul de răcire a cadavrului poate fi determinat la palpare (cu fața dorsală a mâinii), dar mai binevenită este măsurarea temperaturii rectale cu ajutorul unui termometru special. La palpare se constată răcirea părților descoperite ale corpului (fața, mâinile) și acoperite de haine (spinare, piept). Se cer evidențiate fenomenele de deshidratare a tegumentelor (petele Liarche, petele pergamentoase etc.).

Este important să se descrie localizarea și intensitatea lividităților cadaverice, culoarea acestora până și după digitopresiune sau comprimare cu dinamometrul. Se vor nota caracterul schimbării culorii lividităților cadaverice și timpul necesar pentru restabilirea culorii după încetarea comprimării.

De regulă, rigiditatea cadaverică se determină în mușchii masticatori, ai membrelor superioare și inferioare, manifestându-se prin limitarea sau lipsa mișcărilor pasive în articulațiile temporomandibulare și ale membrelor.

La cercetarea fenomenelor cadaverice precoce se va indica timpul examinării (data, ora). Nerespectarea acestei condiții va face imposibilă estimarea ulterioară a datei morții. Uneori este rațională cercetarea fenomenelor cadaverice precoce în dinamică: la începutul examinării, fixându-le în procesul-verbal, și peste 2–3 ore. Acest procedeu poate facilita determinarea timpului trecut de la instalarea morții reale.

E necesar să se fixeze modificările cadaverice tardive și conservatoare (putrefacția, mumificarea, pietrificarea etc.). Insectele de pe cadavru, nimfele și larvele acestora se recoltează în eprubete pentru o eventuală examinare entomologică.

6. **Reacțiile supravitale.** Aceste fenomene, ca și modificările cadaverice, servesc drept sursă de informație pentru estimarea vechimii morții. Ele pot fi evidențiate în primele 18–24 ore după moarte. Se recomandă cercetarea reacției musculare la excitările mecanică și electrică, reacției pupilare la acțiunea agenților chi-

mici (pilocarpină, atropină) sau la formarea „pupilei de pisică" la comprimarea bilaterală a globului ocular (semnul Beloglazov).

7. **Particularitățile anatomice și lezionale ale cadavrului**. Toate particularitățile anatomo-lezionale se examinează și se descriu în ordine cranio-caudală. Se evidențiază datele anatomo-constituționale ale capului (forma, părul, starea ochilor, nasului etc.), gâtului, trunchiului și membrelor, unele semne specifice ale regiunii date etc. Leziunile corporale se descriu după o schemă anumită (caracterul, localizarea, forma, dimensiunile, aspectul exterior etc.). O atenție deosebită necesită descrierea urmelor de violență de pe corpul victimei, părțile acoperite de îmbrăcăminte fiind cercetate la fața locului doar în măsura accesibilă. Mai detaliat leziunile corporale vor fi examinate în morgă. La fața locului nu se recomandă a se spăla sângele de pe leziuni, a se înlătura firele de păr de lângă plagă sau alte urme care trebuie cercetate mai minuțios. Dacă se presupune un viol, după cercetarea organelor genitale, pentru un eventual examen biologic se prelevează conținutul vaginal. De reținut că este interzis categoric a se modifica aspectul inițial al leziunilor, a se efectua sondarea lor, a se extrage obiectele penetrante din leziune etc. Se admite recoltarea doar a obiectelor (corpurilor străine, particulelor tisulare) ce se află aparte de cadavru, pentru a nu le pierde în timpul transportării cadavrului la morgă.

8. **Loja cadavrului (amprenta)**. Aceasta reprezintă sectorul pe care a fost descoperit cadavrul. După ridicarea cadavrului se descrie specificul ei (pat, pământ, zăpadă etc.), prezența impurităților specifice, a urmelor de sânge etc., care pot elucida unele aspecte ale circumstanțelor de producere a morții, poziția și atitudinea victimei până la deces etc. Dacă cadavrul se află în aer liber, pe iarbă sau pe alte plante, poate fi determinat, cu aproximație, timpul aflării lui în acest loc – în baza schimbării culorii plantelor și prezenței insectelor, larvelor. Uneori, spre loja cadavrului duc urme de târâre a corpului, având diferite forme, lățime și adân-

cime. În urmele de târâre pot fi depistate fragmente de haine, obiecte căzute din buzunarele victimei şi agresorului. Alături de aceste urme pot fi găsite amprentele încălţămintei agresorului.

9. **Circumstanţele negative**. Prin circumstanţe (fenomene) negative se are în vedere lipsa acelor urme, semne, obiecte care ar trebui neapărat să fie prezente la faţa locului, în baza condiţiilor concrete ale evenimentului şi prezenţei unor urme (semne) inadecvate circumstanţelor date. De exemplu: lipsa urmelor de sânge lângă un cadavru cu imense plăgi pe gât sau a deteriorărilor pe haine în prezenţa leziunilor corporale sub îmbrăcăminte etc.

3. Examinarea cadavrului la faţa locului

La locul faptei pot fi depistate semne şi urme caracteristice unor circumstanţe sau cauze de moarte. Drept urmare, cercetarea cadavrului la faţa locului, în funcţie de circumstanţele traumei, va avea unele particularităţi.

- **În leziunile prin obiecte contondente şi ascuţite**: se menţionează caracterul leziunilor corporale şi corespunderea lor cu cele de pe haine; medicul prezintă versiunea cu privire la obiectul vulnerant; ţinând cont de localizarea şi caracterul plăgilor, medicul îşi expune părerea despre eventuala prezenţă a urmelor de sânge pe obiectul vulnerant şi pe agresor; în baza caracterului urmelor de sânge se constată posibila localizare a victimei în momentul agresiunii.
- **În traumele de trafic** (auto, moto, de tractor): se fixează atitudinea şi poziţia cadavrului în raport cu vehiculul şi cu urmele acestuia de pe suprafaţa carosabilului; se menţionează starea hainelor (leziuni mecanice şi de altă origine, urme de lubrifianţi şi vopsea, urme de alunecare şi târâre, amprente de anvelope şi şenile ş.a.); se consemnează specificul leziunilor corporale, localizarea şi distanţa lor de la talpă; se evidenţiază mobilitatea patologică a oaselor, crepitaţia osoasă, deformarea unor părţi anatomice ale

corpului, scurtarea membrelor etc.; se caută urme de sânge, țesuturi și organe, fragmente de haine și amprentele acestora pe vehicul.

• **În trauma feroviară**: se notează atitudinea și poziția cadavrului (a segmentelor amputate) în raport cu terasamentul și cu șinele, caracterul leziunilor corporale și al hainelor (bandă de comprimare, urmele de târâre etc.); prezența impurităților pe cadavru și pe haine (păcură, praf de cărbune, zgură ș.a.); se evidențiază semnele originii vitale a leziunilor corporale (revărsate sangvine la nivelul leziunilor corporale, urme de sânge pe haine și pe terasament).

• **În precipitare**: se consemnează atitudinea și poziția cadavrului, prezența urmelor de sânge și cantitatea aproximativă a sângelui revărsat, particularitățile suprafeței de precipitare și ale obiectelor de sub cadavru și din apropierea lui nemijlocită, starea hainelor (impurități, leziuni, urme de alunecare); se descriu leziunile corporale și eventualele semne de proveniență vitală a acestora.

• **În leziunile prin arme de foc**: se evidențiază leziunile hainelor, prezența proiectilelor (gloanțelor, alicelor) și a impurităților printre straturile de haine; se menționează eventualele leziuni de origine balistică, consemnându-le proprietățile morfologice (forma, dimensiunile, caracterul marginilor, prezența inelelor de excoriație, metalizare și de ștergere, a inelului de imprimare a țevii, a rupturilor suplimentare în margini); prezența semnelor acțiunii factorilor secundari ai împușcăturii (depunerilor de funingine, impregnării prin pulbere, pârlirii firelor de păr ș.a.); se notează localizarea anatomică a leziunilor sus-numite și distanța lor de la tălpi, prezența urmelor de sânge pe corpul și hainele victimei; se observă dacă victima e încălțată sau nu.

• **În electrocutări**: examinarea se efectuează cu participarea specialistului electrician, pentru a asigura securitatea de electrocutare și a înlătura sursa de acțiune a curentului; se stabilește locul de contact cu sursa de curent și factorii favorizanți electrocutării

(haine umede, prezența apei pe suport, umiditate sporită a aerului etc.); se cercetează starea obiectelor metalice de pe haine (nasturi), încălțăminte (cuie) și corpul victimei (brățări).

• **În asfixiile mecanice**: se menționează edemul și cianoza facială, revărsatele sangvine în conjunctiva ochilor, urmele de mase fecale, urină și spermă pe hainele și corpul victimei; în cazul morții prin spânzurare sau strangulare cu lațul se notează atitudinea cadavrului, distanța de la plante și de la locul fixării capătului liber al lațului până la suport (podea, sol etc.), proprietățile lațului (materialul din care-i confecționat, tipul lațului, numărul circularelor, felul și localizarea nodului, corespunderea lațului cu șanțul de imprimare a acestuia) și ale șanțului de spânzurare sau de strangulare (localizarea – în treimea superioară, medie sau inferioară a gâtului, orientarea – transversală sau oblic-ascendentă, adâncimea – uniformă pe tot parcursul sau mai adâncă vizavi de nod, continuă sau discontinuă, culoarea și consistența), localizarea lividităților cadaverice; în cazul morții prin sugrumare sau sufocare se descriu leziunile corporale din regiunea gâtului, feței, orificiilor nazo-bucale, starea mucoasei buzelor și a cavității bucale (excoriații, echimoze, plăgi, amprente dentare), prezența corpurilor străine în cavitatea bucală; în compresiunea toraco-abdominală se menționează caracterul și dimensiunile obiectelor prin care s-a realizat compresiunea, prezența amprentelor de haine și ale altor obiecte pe pielea victimei, caracterul leziunilor mecanice, prezența „măștii echimotice".

• **În caz de înec**: se menționează prezența brâului sau a colacului de salvare, a unor obiecte grele legate de corpul victimei sau plasate în buzunarele acesteia (pentru facilitarea submersiei), prezența și starea hainelor (acoperite cu nisip, mâl, plante acvatice, moluște etc.), a leziunilor corporale, a semnelor de retenție a cadavrului în apă, a „ciupercii înecatului"; se recomandă prelevarea probelor de apă din bazinul în cauză pentru un eventual examen al diatomeelor.

• **În intoxicații**: se evidențiază resturile de substanțe (pulbere, pastile, soluții) care ar fi putut provoca intoxicația, ambalajul substanței toxice (flacoane, fiole, pachete etc.); prezența unor rețete sau instrumente prin intermediul cărora au putut fi introduse substanțele toxice (seringi, baloane de cauciuc, sifoane), prezența arsurilor chimice (pe mâini, în regiunea comisurilor bucale), a vărsăturilor; se notează culoarea tegumentelor (galbene – în intoxicațiile cu toxice hemolitice, roz-vișinii – în intoxicațiile cu monoxid de carbon sau cu substanțe cianogene), precum și a lividităților cadaverice (roșu-aprins – în intoxicațiile cu oxid de carbon și cu substanțe cianogene, violacei-cenușii sau violacei-brune – în intoxicațiile cu substanțe methemoglobinizante); caracterul rigidității cadaverice (pronunțată – în intoxicațiile cu stricnină, absentă – în intoxicațiile cu amanite); mirosul din cavitatea bucală a cadavrului, prezența urmelor de injecții.

• **În avortul criminal**: se menționează starea hainelor și atitudinea cadavrului; prezența semnelor de graviditate, a leziunilor corporale și a urmelor de sânge în regiunea organelor genitale și a perineului, prezența corpurilor străine în vagin; se precizează dacă în apropierea nemijlocită a cadavrului nu sunt prezente obiecte și substanțe care puteau să fie folosite pentru provocarea avortului (balon de cauciuc, clismă, sonde, seringi, soluții de săpun și iod etc.).

• **În cercetarea pruncilor**: se fixează ambalajul în care a fost găsit pruncul, se notează leziunile de pe corpul pruncului, semnele de îngrijire a acestuia, starea ombilicului și a orificiilor naturale, prezența placentei și a leziunilor placentare.

În majoritatea cazurilor, locul descoperirii cadavrului este și locul instalării morții, iar poziția inițială a victimei după deces nu este schimbată. De menționat că după producerea leziunilor mortale *victima e capabilă, un timp oarecare, să efectueze unele mișcări voluntare*, inclusiv să se deplaseze în spațiu. Uneori, cadavrele sunt deplasate de către agresor, martori sau de alte persoane pentru simularea unui accident, a morții prin diferite boli etc. Despre

o simulare poate indica un tablou neobişnuit de demonstrativ al evenimentului – lipsa totală a urmelor care ar trebui neapărat să fie (circumstanțe negative) sau prezența urmelor care n-ar trebui să fie, deoarece acestea nu sunt proprii evenimentului insinuat.

După terminarea cercetărilor la fața locului, cadavrul va fi transportat la morga serviciului medico-legal, unde i se va face autopsia medico-legală. Medicul-specialist semnează procesul-verbal la fața locului, împreună cu anchetatorul penal.

Uneori, până la sosirea grupei operative, victima sau cadavrul este transportat de la fața locului. În aceste cazuri, o importanță deosebită are examinarea minuțioasă a urmelor lăsate, în primul rând a celor de sânge. În condițiile create, cercetarea cadavrului se efectuează în conformitate cu regulile în vigoare, dar aceasta se face la locul unde el se află (spital, morgă), întocmindu-se un proces-verbal aparte.

La fața locului pot fi examinate cadavrele dezmembrate, scheletate sau numai unele părți anatomice ale corpului. În astfel de cazuri se cere:

1. Fixarea precisă a poziției şi atitudinii fiecărui os, a scheletului în întregime şi mai cu seamă a oaselor îngropate în sol. În ultimul caz, înainte de a fi prelevate, de pe oasele găsite se va înlătura cu precauție tot solul, apoi se va descrie poziția lor.

2. Examinarea oaselor găsite cu participarea medicului-specialist.

3. Expedierea tuturor oaselor găsite la laboratorul medico-criminalistic pentru o expertiză prin metode speciale.

4. Cercetarea şi descrierea corpurilor delicte la fața locului

Obiectele care pot constitui corpuri delicte trebuie să fie descrise amănunțit în procesele-verbale de cercetare la fața locului, de percheziție, de ridicare a lor, să fie fotografiate, dacă e posibil, şi anexate la dosar printr-o ordonanță specială a persoanei care a

efectuat cercetarea penală, a ofițerului de urmărire penală, a procurorului sau printr-o decizie a instanței de judecată.

De menționat că în medicina legală se studiază obiectele de origine biologică, urmele de pe ele și alte materiale, fapt ce necesită cunoștințe medicale. Drept obiecte de cercetare pot servi părțile anatomice ale corpului și eliminările lui: sângele și urmele lui, sperma, firele de păr, urina, transpiratul, saliva, meconiul, țesuturile moi, oasele etc.

În majoritatea cazurilor, corpurile delicte (firele de păr, sperma etc.) reprezintă o anumită valoare pentru anchetă sau judecată doar după efectuarea unor cercetări speciale, cum ar fi cele medico-legale, criminalistice, toxicologice etc. În astfel de cazuri ele pot servi drept mijloace pentru descoperirea infracțiunii, stabilirea împrejurărilor reale ale crimei, identificarea obiectelor vulnerante și a agresorului, determinarea consecutivității producerii leziunilor etc.

Depistarea corpurilor delicte de origine biologică pe hainele și corpul persoanei respective, pe obiectele vulnerante, găsite la locul faptei sau unde s-a descoperit cadavrul, necesită o atenție și o rațiune deosebite. O cercetare mai minuțioasă vor cere locurile suspecte din încăperi sau în afara clădirii, unde probele pot fi deteriorate sau intenționat nimicite de către infractor ori factorii nefavorabili ai mediului ambiant (ploaie, ninsoare etc.).

Depistarea urmelor de sânge. Urmele de sânge pot fi observate ușor la locul infracțiunii, pe obiectele prin care s-a comis crima, pe hainele, lenjeria și corpul victimei sau ale agresorului, dar se vor căuta mai minuțios în locurile camuflate *(fig. 1)*. Examenul macroscopic al petelor de sânge la fața locului are drept scop să constate localizarea, pentru a le descrie sub aspectul formei, conturului, dimensiunilor, culorii, fapt ce va permite stabilirea modului lor de producere.

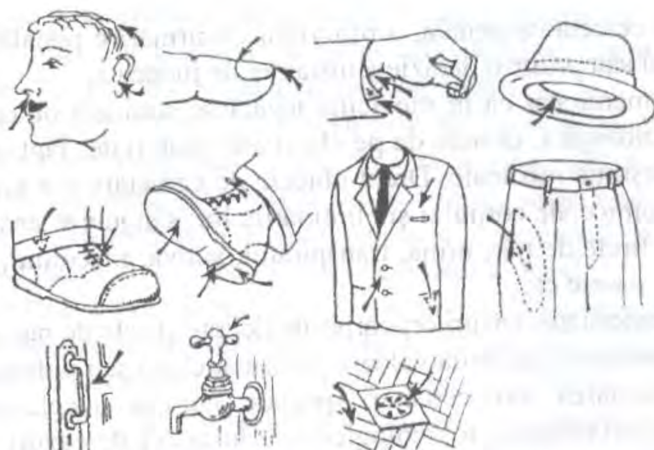


***Fig. 1.* Locurile camuflate unde deseori pot fi depistate urmele de sânge.**

În funcție de mecanismul de producere și forma lor, urmele de sânge stabilite la fața locului diferă.

Picăturile de sânge care cad de la o înălțime relativ mică (până la 1 m) pe un plan orizontal vor forma pete rotunde, cu margini netede sau ușor dințate. Diametrul petei va fi de circă 1 cm sau mai mare. Picăturile căzute de la o înălțime de 2-3 m formează pete rotunde, cu margini dințate, cu mici stropi în jur sub formă de puncte, virgule sau benzi. Petele produse prin căderea picăturilor de sânge prezintă indici ai hemoragiei, deplasării victimei traumatizate, transportării cadavrului etc.

Petele produse prin *împroșcare* se formează dintr-un jet arterial. Picăturile de sânge se dispersează sub forma unor stropi, formând stropituri de sânge primare sau secundare, izolate sau confluente, orientate în jos sau în sensul mișcării în evantai, când jetul este mare. Stropiturile sunt piriforme sau de forma semnului exclamării, cu extremitățile ascuțite orientate în sensul deplasării stropilor de sânge. Stropiturile se mai formează și prin lovituri aplicate cu corpuri sau obiecte însângerate, precum și prin scuturarea bruscă a obiectelor însângerate.

Prelingerile de sânge sunt nişte urme alungite, formate prin prelingerea lui pe un plan înclinat sau vertical. La extremitatea inferioară ele sunt puţin îngroşate şi mai pronunţate. Prelingerile de sânge pot indica poziţia victimei şi a obiectelor din jur ulterior rănirii persoanei. Uneori, ele ajută la determinarea consecutivităţii producerii leziunilor corporale (prima plagă e produsă când victima se afla în poziţie verticală, iar a doua – în poziţie culcată).

Amprentele apar în urma unui contact static al obiectului însângerat cu un plan. Ele pot reflecta desenul papilar digital, palmar, plantar, forma şi dimensiunile obiectului vulnerant şi ale leziunilor corporale externe. Amprentele fac parte din grupa celor mai importante probe.

Ştersăturile de sânge se formează în urma unui contact dinamic cu o suprafaţă însângerată; au forme nedefinite şi deseori provin prin ştergerea obiectelor, mâinilor etc. Ele indică locul contactului primar şi direcţia deplasării obiectului însângerat.

Impregnările se produc prin îmbibarea materialelor higroscopice (sol, zăpadă, stofă) cu sânge; au forme şi dimensiuni diverse. Ele pot indica locul aflării persoanei rănite şi a cadavrului.

Băltoacele de sânge se formează în urma hemoragiilor masive pe suprafeţele care nu au proprietăţi higroscopice. Ele indică locul unde s-a aflat victima după producerea leziunii corporale. De regulă, sediul băltoacelor mari coincide cu locul în care s-a instalat moartea victimei.

Spălăturile sunt urme de sânge în apă sau în alte lichide. De obicei, se formează după spălarea mâinilor, hainelor, obiectelor vulnerante însângerate.

Depistarea prezenţei sângelui în pete la faţa locului e posibilă în baza reacţiilor de probabilitate:

• *Reacţia cu apă oxigenată.* Apa oxigenată, interacţionând cu sângele, produce efervescenţă şi spumă. Pentru efectuarea reacţiei la faţa locului, pe petele suspecte de sânge se picură apă oxigenată.

• *Reacția cu benzidină (Adler)* este una dintre cele mai sensibile. Reactivul constă dintr-o soluție saturată de benzidină în acid acetic glacial, la care, în ultimul moment până la utilizare, se adaugă câteva picături de apa oxigenată de 3%. Reactivul se picură pe locul suspect. În prezența sângelui, reactivul devine albastru-intens, apoi, peste câteva minute, trece în brun și în curând colorația dispare. Reacția are un efect pozitiv și cu oxidazele de origine vegetală, cu rugina și cu produsele activității bacteriene.

Există și alte reacții de probabilitate, dar nici acestea nu sunt specifice. Probe de certitudine pot fi efectuate numai în condiții de laborator.

Depistarea urmelor de spermă. Urmele suspecte de spermă se cercetează în toate infracțiunile sexuale. Ele pot fi descoperite pe hainele, lenjeria și corpul victimei și ale agresorului.

Aspectul general al acestor pete constituie doar indici de probabilitate și diferă în funcție de natura substratului. În general, petele de spermă sunt dure (aspre), de culoare alb-gălbuie. Pe substratul de culoare închisă sunt albicioase, pe substratul deschis – gri cu o ușoară nuanță galbenă sau cafenie. Pe lenjerie au un contur neregulat, „de hartă geografică". Pe stofă și pe obiectele dure au aspectul unor solzi albi și strălucitori, friabili. În razele ultraviolete prezintă o fluorescență albăstruie.

Depistarea firelor de păr. Firele de păr figurează în dosarele penale despre omucidere, furturi, jafuri, accidente rutiere, crime sexuale etc. Prezența firelor de păr la locul infracțiunii, pe hainele și lenjeria victimei și ale agresorului, în mâinile cadavrului, pe alte corpuri delicte, constituie probe prețioase în vederea identificării infractorului sau victimei.

Depistarea altor obiecte de origine biologică. Fragmente de țesuturi și organe se descoperă mai frecvent pe vehicule, pe obiectele prin care au fost produse leziunile corporale, sub unghiile infractorului, ale victimei etc.

Petele de salivă se examinează pe probe materiale – mucurile de țigară, obiectele prin care a fost sugrumată victima, plicurile și timbrele poștale.

Petele de urină și de materii fecale pot fi depistate, uneori, pe hainele și lenjeria victimei și ale inculpatului, în cazul crimelor sexuale.

O cercetare serologică a petelor de sudoare poate fi utilă în determinarea apartenenței hainelor, lenjeriei, încălțămintei unei persoane concrete.

Secreția glandelor mamare, petele de lapte și de colostru se examinează mai ales în cazurile întreruperii precoce a sarcinii și pruncuciderii. Macroscopic, petele de lapte au o culoare cenușiu-deschis, contur regulat și clar.

Ridicarea, ambalarea și expedierea corpurilor delicte spre cercetare se efectuează de către ofițerul de urmărire penală, care este obligat să respecte niște cerințe obligatorii.

1. A efectua minuțios examinarea, descrierea și fotografierea corpurilor delicte, până la ridicarea lor.

2. Obiectele mici (cuțitul, toporul, arma de foc, hainele etc.) se ridică integral. Din obiectele mari (mobilă, autovehicul) se ridică numai părțile necesare (dacă e posibil) sau se iau amprente de pe locurile respective.

3. Fiecare corp delict se ridică și se împachetează aparte, după o pregătire corespunzătoare. Obiectele și urmele (petele) umede inițial se usucă la temperatura camerei (+16–18°), excluzându-se acțiunea razelor solare directe. Sângele se usucă pe o bucată de tifon.

4. A se proteja corpurile delicte și urmele de pe ele de acțiunea substanțelor eterogene, a temperaturii și umidității ridicate etc.

La descrierea corpului delict ridicat se indică neapărat denumirea lui, materialul din care e confecționat, forma și dimensiunile, culoarea și prezența diferitor urme etc. Urmele de pe corpurile delicte mai întâi se examinează vizual, apoi cu ajutorul lupei și

se descriu într-o anumită consecutivitate. Nu se recomandă atingerea urmelor găsite cu mâinile, pensa etc.

Corpurile delicte se împachetează în starea în care au fost ridicate. Urmele de pe obiectele moi se acoperă cu o peliculă de plastic, postav alb, hârtie curată, care se coase de obiectul purtător de urme. Şi urmele de pe obiectele dure se acoperă cu materialele enumerate, fixându-le cu aţă. De regulă, fiecare obiect se împachetează aparte, iar apoi se plasează într-o cutie comună, care se sigilează.

Împreună cu corpurile delicte expertului i se expediază: ordonanţa despre dispunerea expertizei; copia procesului-verbal despre examinarea locului faptei; copia procesului-verbal despre examinarea şi ridicarea corpurilor delicte; originalul sau copia raportului de expertiză medico-legală a victimei, cadavrului; procesele-verbale despre ridicarea probelor materiale.

În ordonanţă se menţionează circumstanţele faptei, probele materiale, versiunea cu privire la apariţia lor, locul şi timpul depistării lor, cărei persoane îi pot aparţine şi când au fost ridicate; se enumeră obiectele expediate; se formulează problemele ce urmează a fi rezolvate de către expert.

II. EXAMINAREA MEDICO-LEGALĂ A CADAVRULUI

1. Noțiuni generale

Calitatea expertizei medico-legale a cadavrului depinde în mare măsură de nivelul cunoștințelor în domeniu și de corectitudinea îndeplinirii procedeelor tehnice în timpul autopsiei, care ar corespunde pe deplin cerințelor științifico-metodice contemporane. Aceasta se datorează și necesității de a efectua în prealabil probe de diagnostic în timpul autopsiei și prelevării adecvate a materialului cadaveric pentru cercetări suplimentare de laborator.

Autopsia (necropsia) reprezintă un proces de examinare cu deschiderea unor cavități ale cadavrului omului, în scopul stabilirii cauzei de deces și rezolvării altor probleme corespunzătoare sarcinii. Tradițional, cadavrele persoanelor decedate se examinează în cadrul a două servicii specializate: medico-legal și morfopatologic. Dacă procedeele tehnice ale autopsiei în mare măsură sunt similare pentru ambele specialități, apoi obiectivele și sarcinile lor diferă esențial.

Scopul principal al necropsiei morfopatologice (prosecturale) este stabilirea macro-microscopică a diagnosticului bolii (proceselor patologice) care a declanșat decesul, corespunderea lui cu diagnosticul clinic și cu tratamentul prescris bolnavului.

În cadrul serviciului medico-legal se cercetează cadavrele persoanelor decedate în urma acțiunii diverselor forme de acte violente (accidente, omucideri, suicid) sau la suspecția acestora; procedural, se realizează în mod deosebit, se folosește un complex de investigații suplimentare, cu metode și probe specifice, se rezolvă un spectru larg de probleme cu caracter juridic. Starea de putrefacție avansată a cadavrului nu servește drept motiv pentru refuzarea autopsiei. Expertiza (examinarea) medico-legală a cadavrului se efectuează în exclusivitate la ordonarea (solicitarea) organelor de drept, este reglementată de Codul de procedură penală și de alte acte normative în vigoare.

Obiectivele expertizei medico-legale a cadavrului: moartea violentă, indiferent de locul și timpul în care aceasta s-a instalat; moartea subită în afara instituțiilor medicale; decesele în instituțiile medico-sanitare în cazul când nu este stabilit diagnosticul clinic pe parcursul primelor 24 ore după spitalizare; cadavrele persoanelor neidentificate sau exhumate; în caz de înaintare a plângerilor în legătură cu anumite deficiențe în acordarea asistenței medicale (tratament incorect sau inoportun) și alte cazuri prevăzute de lege.

Sarcinile expertizei medico-legale a cadavrului: stabilirea cauzei morții; depistarea și evidențierea caracterului lezional pe corp; aprecierea mecanismului de acțiune a traumei și identificarea obiectului vulnerant; concretizarea legăturii de cauzalitate dintre traumă și deces; estimarea vechimii morții; stabilirea vitalității leziunilor corporale; evidențierea semnelor specifice (tatuaje, cicatrice etc.) pe corpul persoanelor necunoscute; constatarea eventualei stări de ebrietate sau narcotice a victimei înainte de moarte etc.

Autopsia medico-legală a cadavrului se efectuează în timpul cel mai apropiat de la deces, însă nu mai devreme de 12 ore de la survenirea morții. Excepție pot face cazurile în care se preconizează prelevarea țesuturilor sau organelor în scop de transplantare și alte cazuri prevăzute de lege – autopsia poate fi efectuată și până la 12 ore, dar nu mai devreme de 30 minute de la deces. Constatarea morții cerebrale ține de competența unei echipe specializate de medici cu concursul obligatoriu al medicului legist.

Transportarea cadavrului la morga medico-legală face parte din sarcinile ordonatorului expertizei. În sediul morgii, cadavrul este înregistrat într-un registru special, indicându-se numărul de ordine și data efectuării necropsiei; numele și prenumele decedatului; vârsta și sexul; adresa de la domiciliu; de unde este transportat la morgă; data decesului; circumstanțele evenimentului; diagnosticul medico-legal; probele prelevate pentru investigații de laborator; de cine este dispusă examinarea cadavrului și cine a efec-

tuat-o; data întocmirii concluziilor; adresa de expediere a raportului sau persoana care l-a luat.

Expertiza medico-legală a cadavrelor se efectuează în câteva etape consecutive: a) studierea informaţiilor din ordonanţă sau solicitare, din procesul-verbal de examinare la faţa locului şi documentele medicale, în baza cărora se întocmeşte un plan de acţiuni; b) examenul extern; c) examenul intern; d) prelevarea probelor pentru cercetări suplimentare de laborator; e) formularea diagnosticului medico-legal; f) completarea certificatului medical de deces; g) elaborarea concluziilor expertale.

Înainte de a începe autopsia, medicul legist va concretiza întrebările înaintate spre rezolvare din ordonanţa de însoţire a cadavrului. Dacă victima a supravieţuit în spital după traumă, se studiază foaia de observaţie clinică, din care se precizează specificul lezional sau patologic, evoluţia clinică a maladiei sau traumei, cauza decesului, veridicitatea diagnosticului stabilit şi a tratamentului efectuat. Prezentarea foii de observaţie a bolnavului de staţionar sau a altor documente medicale este prerogativa ofiţerului de urmărire penală sau a procurorului.

2. Examinarea externă a cadavrului

Autopsia este precedată de examinarea îmbrăcămintei şi încălţămintei, pe care pot fi depistate preţioase urme ale actelor de violenţă, care permit identificarea obiectului vulnerant cu care s-a produs trauma, astfel facilitându-se stabilirea circumstanţelor în care a derulat evenimentul. Spre exemplu, în accidentele de trafic, pe haine şi încălţăminte se pot forma rupturi sau urme-amprente specifice ale pieselor de contact, urme de sol, uleiuri sau vopsea. În cazul tragerii prin armele de foc pot fi observate depuneri ale factorilor suplimentari ai împuşcăturii, fibre arse de stofă din jurul orificiului de intrare a glontelui etc.

Mai întâi, hainele şi încălţămintea se examinează nemijlocit pe cadavru, în ordinea îmbrăcării lor, de sus în jos. De pe ele se

recoltează eventualele depuneri eterogene (cioburi de sticlă, fire de păr, vopsea etc.), se consemnează eventuala dezordine, se confruntă caracterul şi localizarea rupturilor de pe haine cu leziunile de pe corpul victimei. Hainele şi încălţămintea se scot de pe cadavru atent, fără a le rupe sau tăia (dacă nu este necesar) şi evitând murdărirea lor suplimentară, apoi urmează o examinare mai minuţioasă. Toate obiectele din buzunare, urmele suspecte, petele asemănătoare cu cele de sânge şi alte corpuri delicte se descriu detaliat. O parte din ele se prezintă ordonatorului, iar altele pot fi expediate pentru cercetări medico-criminalistice, serologice etc.

Examenul extern propriu-zis al cadavrului se efectuează într-o anumită ordine: a) se consemnează datele generale referitoare la sex, vârstă, talie, nutriţie, tipul constituţional, aspectul tegumentelor şi mucoaselor; b) se menţionează caracterul modificărilor cadaverice precoce şi tardive; c) se descriu particularităţile morfologice ale leziunilor corporale şi ale proceselor patologice. La acestea se pot adăuga unele particularităţi individuale legate de vârstă (nou-născut), de corp (cifoză, scolioză, lipsa unor segmente amputate anterior etc.), de caracterul obiectului cercetat (cadavre neidentificate, exhumate sau scheletate) sau de aspectul lezional (cadavre dezmembrate).

De obicei, determinarea sexului şi vârstei nu prezintă dificultăţi. Masa corpului se apreciază în mod obligatoriu doar la cadavrele feţilor şi nou-născuţilor. Se va evidenţia tipul constituţional (normostenic, astenic, hiperstenic). Nutriţia se stabileşte în baza gradului de dezvoltare a stratului adipos subcutanat al diferitor regiuni ale corpului şi poate fi: excesivă (obezitate), satisfăcătoare, diminuată (caşexie). Se descrie starea tegumentelor şi mucoaselor – culoarea, turgorul etc.

Dintre fenomenele cadaverice, se descriu în primul rând cele precoce: răcirea cadavrului, lividităţile cadaverice, rigiditatea cadaverică etc., apoi cele tardive şi conservatoare.

Ulterior, urmează o examinare detaliată a tuturor regiunilor corpului, începând cu capul şi terminând cu membrele inferioare, evidenţiindu-se particularităţile structurale, patologice şi lezionale.

În caz de necesitate, cadavrul sau unele părţi anatomice ale lui, leziunile depistate ş.a. se fotografiază; se întocmesc scheme pe care se fixează leziunile corporale; se efectuează explorări radiologice etc. La solicitarea ofiţerului de urmărire penală, pentru investigaţiile suplimentare de laborator se recoltează unghiile şi conţinutul subunghial, conţinutul orificiilor naturale (prezenţa spermei), urmele de sânge şi spermă de pe tegumente, mostre de păr din diverse regiuni ale corpului etc.

3. Procedeele examinării interne a cadavrului

Examenul intern include deschiderea obligatorie a celor trei cavităţi: craniană, toracică, abdominală. În cazurile necesare se mai cercetează canalul vertebral (medular), sinusurile craniene, membrele superioare şi inferioare, articulaţiile. Ordinea în care se efectuează examenul intern este determinată de expertul căruia i-a fost încredinţată necropsia. Adesea, se efectuează eviscerarea organelor în complex, după metoda lui Şor.

Deoarece membrele, sinusurile craniene şi coloana vertebrală se cercetează numai în anumite cazuri, se recomandă următoarea succesiune a autopsiei:

1) deschiderea şi examinarea cavităţii abdominale;

2) deschiderea şi examinarea cavităţilor pleurale;

3) eviscerarea organocomplexului buco-cervico-toraco-abdominal;

4) cercetarea organelor complexului eviscerat;

5) deschiderea şi examinarea craniului; scoaterea şi cercetarea creierului.

De obicei, organele interne se examinează până şi după eviscerare. Până la eviscerare, organele se examinează *in situ*, atrăgându-se atenţia asupra stării pereţilor cavitari (peritoneu, pleură,

pericard, dura mater), conținutului cavităților, topografiei organelor interne. De regulă, până la eviscerare, organele interne nu se secționează, limitându-se doar la un examen vizual și la palpare. Procesele patologice și leziunile vor fi păstrate intacte, deoarece după eviscerare se va reveni la acestea pentru o cercetare mai detaliată. La fel se va proceda și cu plăgile postoperatorii – plaga se va ocoli, suturile, cateterele (sondele), tampoanele etc. nu se vor extrage. Toate acestea se eviscerează într-un complex cu organele. Dacă în cavitățile cadavrului se constată lichide patologice, se stabilește cantitatea lor, se fixează culoarea, mirosul, transparența etc. În caz de necesitate, lichidele depistate se vor preleva pentru investigații de laborator.

După eviscerare se repetă examinarea vizuală și palpabilă a organelor interne, apoi acestea se secționează și se eliberează din cadrul organocomplexului, pentru a fi cântărite. În mod obișnuit, organele interne se cercetează pe sisteme: respirator, cardiovascular, digestiv, urogenital. În ultimul rând se cercetează intestinele, pentru a se evita murdărirea altor organe cu mase fecale.

Pe parcursul ambelor etape de cercetare a organelor se vor menționa starea suprafeței, forma, dimensiunile, consistența, masa și aspectul lor la secțiune. Aceste particularități se indică într-o anumită consecutivitate.

Descrierea organului începe cu aspectul membranei adventiceale, evidențiindu-se modificările de culoare și formă, urmând fixarea dimensiunilor organului – în trei planuri reciproc perpendiculare. Se determină consistența organului la palpare, fixându-se eventualele procese patologice (indurații, ramolismente etc.).

Urmează secționarea organului, în timpul căreia se atrage atenția la particularitățile proceselor patologice (hemoragie, rupturi etc.), aspectul organului la hotarele dintre procesul patologic și țesuturile adiacente intacte. Secțiunile suplimentare sunt paralele, fără detașări de fragmente din organe.

La examinarea suprafeței secționate se va evidenția desenul arhitectonic, gradul de congestie, prezența raclajului. Nu se recomandă spălarea suprafeței secționate cu apă.

Vasele și organele cavitare se secționează cu foarfecele.

Deschiderea cavităților toracică și abdominală. Există mai multe metode de secționare a pielii *(fig. 2)*, dintre care cel mai des se practică incizia submentopubiană.

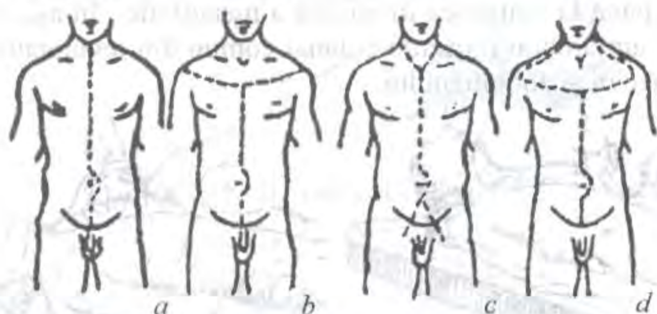


***Fig. 2.* Liniile de secționare a pielii gâtului, toracelui și abdomenului: a) secționare mediană; b) după Leschke; c) după Fisher; d) după Medvedev.**

Cu ajutorul cuțitului de amputație mediu sau mic, pielea și țesutul adipos subiacent se secționează pe linia mediană, începând cu 4 cm mai jos de bărbie, ocolindu-se ombilicul pe partea stângă (pentru a evita secționarea ligamentului rotund hepatic și vasele ombilicale – la copiii mici și la cei nou-născuți) până la simfiza pubiană. Sub apofiza xifoidă a sternului se face o butonieră cu cuțitul, prin care se introduc în cavitatea peritoneală degetele II și III ale mâinii stângi (sau o pensă) – în „V", cu fața palmară orientată în sus *(fig. 3)*. Peretele abdominal se ridică și se secționează pe traiectul inciziei cutanate între degete (branșele pensei) care se mișcă în jos, după cuțit. Pentru a se obține un câmp de vedere mai larg, se va secționa mușchiul drept al abdomenului (printr-o secțiune transversală).

Pentru a separa țesuturile moi ale gâtului și toracelui, ele se prind cu mâna stângă (policele fiind situat în interior, iar celelalte degete – deasupra pielii), iar cu mâna dreaptă, cu ajutorul cuțitului mediu de amputație, se secționează întreaga masă a țesuturilor ce acoperă grilajul costal din ambele părți până la nivelul liniei axilare medii, astfel încât coastele să rămână total dezgolite *(fig. 4)*. La nivelul gâtului se separă doar pielea din ambele părți, ajungându-se până la marginea interioară a mandibulei. În așa mod se formează un lambou musculo-cutanat comun din tegumentele gâtului, toracelui și abdomenului.



***Fig. 3.* Secționarea peretelui abdominal.**



***Fig. 4.* Separarea țesuturilor moi ale toracelui.**

După examinarea țesuturilor moi ale gâtului, toracelui și abdomenului se determină grosimea stratului celulo-adipos subcutanat la nivelul ombilicului. Se fixează aspectul peritoneului, corectitudinea localizării organelor interne abdominale, anselor intestinale, prezența aderențelor etc. Se indică nivelul fixării diafragmei, situarea fundului vezicii urinare și gradul de umplere a acesteia cu urină. La cadavrele de sex feminin se consemnează starea uterului și a ovarelor, prezența sângelui sau a altor lichide patologice în bazinul mic. Conținutul se măsoară și se înlătură. Se descriu toate modificările patologice și leziunile.

Urmează exarticularea claviculei *(fig. 5)*, secționarea cartilajelor costale *(fig. 6,a)* și înlăturarea sternului *(fig. 6,b)*. Inițial, se secționează (cu costotomul) articulația sterno-claviculară și porțiunea cartilaginoasă a primei coaste din ambele părți, apoi și celelalte coaste, în direcție craniocaudală.

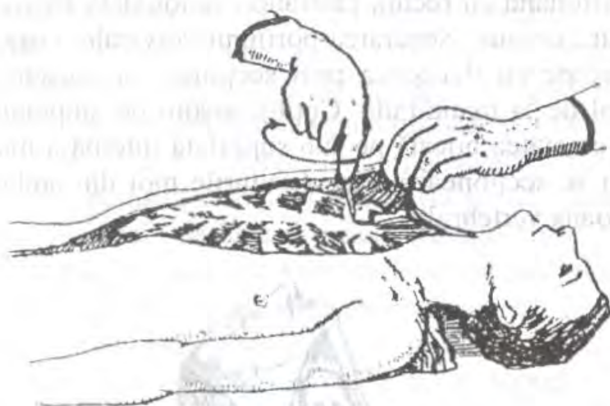


Fig. 5. **Exarticularea claviculei.**



Fig. 6. **Secționarea cartilajelor costale *(a)* și separarea sternului *(b)*.**

După înlăturarea sternului se examinează pericardul, plămânii și cavitățile pleurale, constatându-se eventuala existență a aderențelor pleurale sau a unor lichide patologice (sânge, transsudat, puroi). Aderențele existente se descriu și se rup cu mâna, după care se cercetează plămânii *in situ*. Apoi urmează secționarea picioruşelor diafragmale, ridicându-se mai întâi cu mâna stângă rebordul costal, și extragerea întregului organocomplex, începând cu

limba şi terminând cu rectul, păstrându-se totodată legăturile anatomice dintre organe. Separarea porţiunii cervicale a organocomplexului începe cu detaşarea prin secţionare a muşchilor planşeului bucal de la mandibulă. Cuţitul mediu de amputaţie se introduce în cavitatea bucală pe sub suprafaţa internă a mandibulei fixate, apoi se secţionează toate ţesuturile moi din ambele părţi, până la coloana vertebrală.



***Fig. 7.* Scoaterea organelor cavităţii bucale şi ale gâtului.**

Prin spaţiul format se introduc degetele II şi III ale mâinii stângi, se prinde limba şi se trage spre exterior *(fig. 7)*. Cu ajutorul cuţitului mare de amputaţie se secţionează ţesuturile moi ale peretelui posterior al bucofaringelui şi vălului palatin printr-o incizie în „V”, trăgându-se permanent limba spre exterior. După aceasta, se secţionează ţesuturile prevertebrale, desprinzându-se treptat organele gâtului până la nivelul claviculelor. În acest loc se secţionează arterele carotide şi subclaviculare şi, apucând piesa cu ambele mâini, se trage puternic, extrăgându-se blocul de organe până la nivelul diafragmei toraco-abdominale. Ultima se secţionează din ambele părţi la nivelul picioruşelor. Se dezinserează peritoneul parietal în direcţie inferioară. În cele din urmă, se scot în bloc organele gâtului, toracelui şi abdomenului, secţionându-se mai întâi rectul şi vasele mari ale bazinului mic.

Organocomplexul se poate eviscera împreună cu organele genitale. Pentru aceasta, sub bazin se plasează un suport de lemn, iar secțiunea pielii abdominale se prelungește până la pubis. Cu ferăstrăul se secționează simfiza pubiană. Membrele inferioare se desfac. Se efectuează o incizie de formă ovală a perineului, înconjurându-se penisul, scrotul și anusul (la femei – fanta vaginală și anusul). Se separă de oase organele bazinului mic – din partea perineală și din cea pelvină. Prin orificiul format anusul și organele genitale se împing în cavitatea bazinului.

Organocomplexul eviscerat se plasează pe măsuța de cercetare, cu fața dorsală orientată în sus și cu porțiunea craniană spre medic. Până a începe examinarea organelor interne, se vor cerceta repetat cavitățile toracică, abdominală și pelvină.

Examinarea organocomplexului eviscerat. Consecutivitatea examinării organelor interne poate fi diferită. De cele mai multe ori, examinarea începe cu organele situate pe partea dorsală a organocomplexului.

Evoluția necropsiei și constatările vor fi descrise pe sisteme de organe (respirator, cardiovascular, digestiv, urogenital), pentru a reflecta raportul anatomic dintre organele fiecărui sistem.

Cercetarea sistemului respirator începe cu examinarea organelor gâtului, ceea ce se explică prin particularitățile anatomo-topografice ale regiunii date. Inițial se va examina limba, se va menționa caracterul mucoasei, gradul de pronunțare a foliculilor, prezența unor modificări patologice sau traumatice. Se efectuează o serie de secțiuni transversale ale limbii, de la rădăcină spre vârf, pentru a se evidenția culoarea mușchilor, prezența unor hemoragii. Se determină dimensiunile și consistența amigdalelor palatine, iar după o secțiune longitudinală – culoarea pe secțiune, prezența dopurilor amigdaliene. Se măsoară glanda tiroidă, se constată culoarea și particularitățile ei pe suprafața de secțiune. La copii se *examinează și timusul.*

Urmează deschiderea esofagului de la faringe spre cardia stomacului (cu foarfecele mare butonat). Se examinează conținutul,

se descrie mucoasa, culoarea și starea pliurilor longitudinale. Se cercetează minuțios osul hioid și cartilajele laringiene. Se trece la o laringoscopie directă. Apoi foarfecele mare este introdus în laringe cu ramura nebutonată între coardele vocale și începe secționarea căilor respiratorii: laringele, traheea, bronhiile principale. Se examinează conținutul căilor respiratorii și mucoasa acestora. Se cercetează vasele pulmonare mari și ganglionii limfatici paratraheali.

Pleura este examinată prin separarea succesivă a lobilor, descriindu-se transparența, luciul, prezența hemoragiilor subpleurale. Se stabilesc volumul și consistența plămânilor la palpare, prezența focarelor de indurație. Cu cuțitul mare de amputație, prin mijlocul fiecărui plămân se secționează în direcție longitudinală, în timp ce cealaltă mână fixează organul pe măsuță. Se examinează plămânul pe secțiune: culoarea, aspectul general, cantitatea și caracterul lichidului scurs din parenchim. Se determină consistența, prezența crepitației la palpare, iar în caz de necesitate se efectuează proba hidrostatică cu fragmente de parenchim pulmonar.

Există și alte modalități de secționare a plămânilor. Astfel, Șor secționa fiecare lob aparte. Țînzerling recomandă, în caz de pneumonie francă lobară, secțiuni transversale prin fiecare lob pulmonar în parte.

Cercetarea sistemului cardiovascular începe cu examinarea pericardului. Acesta se prinde cu pensa și se trage puțin în sus, apoi se deschide cu foarfecele printr-o secțiune longitudinală sau în „T". Pericardul secționat se desface și se cercetează ambele membrane. Ridicând cordul de apex, se examinează porțiunea posterioară a pericardului. Se menționează cantitatea și caracterul lichidului pericardic, prezența eventualelor aderențe. Lichidul pericardic constituie circa 10–50 cm^3, este de culoare galben-deschis și transparent. O cantitate mai mare de lichid pericardic indică în favoarea unui proces patologic. Se va atrage atenția la starea epicardului, grosimea depunerilor de grăsime, prezența peteșiilor hemoragice subpericardice. Prin palpare cu degetele se examinează

traiectul vaselor, constatându-se sectoarele îngroşate şi deformate de procesele patologice. Se descrie apexul cordului (în cazul hipertrofiei, apexul va fi rotunjit, iar în cazul atrofiei – ascuţit). Se determină forma şi dimensiunile cordului, iar prin palpare – consistenţa, prezenţa unor sectoare denivelate (în caz de anevrism cardiac).

Cordul se detaşează printr-o secţiune transversală în regiunea bazei, la nivelul vaselor sangvine mari, şi se cântăreşte. Urmează deschiderea cavităţilor cardiace. De obicei, cavităţile se deschid conform circuitului sangvin, având ordinea indicată în *fig. 8*: atriul drept, ventriculul drept, artera pulmonară; atriul stâng, ventriculul stâng, aorta. Toate secţiunile au un traiect liniar.



***Fig. 8.* Deschiderea cavităţilor cardiace (consecutivitatea e indicată prin cifre).**

Cu o pensă se prinde şi se ridică auriculul stâng, iar cu foarfecele se formează un orificiu în vena cavă superioară, de unde incizia continuă, prin peretele lateral al atriului şi ventriculului drept, până la vârful cordului. De la mijlocul inciziei menţionate mai începe una, care trece prin peretele anterior al ventriculului drept până la trunchiul pulmonar. Astfel se deschid cavităţile cor-

dului drept. Partea stângă a inimii se deschide începând cu auriculul atrial. Luând cordul în mâna stângă cu apexul orientat în sus, se secționează peretele atriului stâng între venele pulmonare. Fixând cordul în palmă cu fața sa anterioară în sus, se taie cu foarfecele peretele atriului și ventriculului stâng, de-a lungul muchiei stângi, ajungându-se până la apex. Urmează apoi secționarea peretelui anterior al ventriculului stâng, care se face de-a lungul septului interventricular în sus până la arcul aortei. Împreună cu aorta se secționează și artera pulmonară, mai sus de valvule. Deschiderea cavităților cardiace se termină cu secționarea pereților ambelor auricule.

După deschiderea cavităților cardiace se determină conținutul lor (sânge fluid, trombi parietali etc.). Dacă cavitățile nu sunt dilatate, se descrie starea endocardului. Se examinează dezvoltarea mușchilor papilari și trabeculari, starea coardelor tendinoase. O deosebită atenție se atrage examinării valvulelor cardiace (bicuspide, tricuspide) și aortice. De regulă, valvulele normale sunt subțiri, semitransparente, elastice. În caz de endocardite, pe valvule se constată îngroșări, trombi, defecte ulceroase etc. În caz de vicii cardiace, valvulele pot fi deformate, coardele tendinoase scurtate.

Nu se va omite examinarea septurilor interatrial și interventricular, a orificiului oval, locului de trecere a ductului arterial Bottalo. Apoi se măsoară grosimea miocardului în locurile mai îngroșate ale ventriculului stâng, ventriculului drept și septului interventricular. Grosimea stratului adipos nu se va lua în considerație. De reținut că secțiunea trebuie efectuată perpendicular peretelui cardiac, sub un unghi drept; în caz contrar, aceasta va influența asupra grosimii peretelui ventricular, care va depăși cu mult indicii reali. În unele locuri, trabeculele ventriculului drept ajung până la epicard.

Urmează secționarea miocardului cu ajutorul unui cuțit mare sau mic de amputație. Există mai multe metode, una dintre ele fiind efectuarea secțiunilor transversale, la o distanță de 1–1,5 cm, de la vârf spre bază. Cordul se fixează cu cavitățile deschise în

mâna stângă (pe o cârpă) sau pe o placă de lemn; miocardul se taie până la epicard.

Altă metodă – secționarea cordului de la apex spre bază prin mijlocul peretelui cardiac, între epicard și endocard formându-se plăci subțiri *(fig. 9)*.



Fig. 9. **Cordul cu cavitățile deschise și arterele coronare secționate: *1* – ramura descendentă a arterei coronare stângi; *2* – ramura circumflexă: *3* – artera coronară dreaptă. Secționarea miocardului.**

Cordul poate fi examinat și fără a i se deschide în prealabil cavitățile – se execută secțiuni transversale ale inimii la o distanță de 1–1,5 cm de la vârf spre baza cordului. Toate formațiunile anatomice și modificările patologice se examinează la nivelul segmentelor secționate, în conformitate cu regiunile topografice.

Indiferent de metoda utilizată, se vor constata eventualele cicatrice, sectoare necrozate și alte modificări patologice sau traumatice.

Deschiderea arterelor coronare pe traiectul lor se efectuează cu foarfece mici (oftalmologice) într-o anumită consecutivitate:

magistrala arterei coronare stângi, ramura ei descendentă şi circumflexă, apoi artera coronară dreaptă. Arterele coronare pot fi cercetate şi prin incizii transversale, la o distanţă de 0,5 cm una de alta, urmând apoi să fie deschise cu foarfecele în sensul circulaţiei sangvine. Intima coronarelor trebuie să fie netedă. Se va atrage o deosebită atenţie eventualelor plăcuţe ateromatoase, trombilor parietali, gradului de îngustare a lumenului etc.

Deschiderea aortei şi a ramurilor ei nu prezintă dificultăţi de ordin tehnic. Aorta ascendentă a fost deja deschisă în timpul secţionării cordului. Urmează deschiderea celorlalte părţi ale aortei, în sens craniocaudal. Organocomplexul se plasează cu partea dorsală în sus. În orificiul existent al aortei ascendente se introduce foarfecele şi se secţionează peretele aortei, începând cu arcul şi terminând cu bifurcaţia aortei, deschizându-se apoi arterele iliace comune şi porţiunea proximă a arterelor iliace externe şi hipogastrice. La fel se deschid trunchiul celiac, arterele mezenterice, renale, carotide comune etc. (la necesitate).

Vena cavă inferioară, ca şi arterele, se deschide în sensul circuitului sangvin. În acest scop, organocomplexul se aranjează cu faţa dorsală în sus, cu capătul cranial spre medic. Ramurile venei cave inferioare (v.v. renale, seminale) şi ale venei portă (v.v. mezenteriale, lienală) se deschid în sens contrar circuitului sangvin, începând cu orificiul respectiv.

Intima arterelor şi venelor este, de obicei, netedă şi lucioasă, de o culoare albicioasă (venele) sau sidefie (arterele). În lumenul venelor pot fi depistaţi trombi, iar în lumenul arterelor – plăcuţe ateromatoase (în diferite stadii de evoluţie) şi alte modificări patologice.

Splina se măsoară şi se descrie starea capsulei. Cu mâna stângă se fixează cu hilul în jos şi se secţionează în ax longitudinal, de la suprafaţa convexă până la hil. Se examinează suprafaţa de secţiune (culoarea, prezenţa raclajului etc.).

Modul de cercetare a sistemului digestiv. Cavitatea bucală, esofagul, aspectul peritoneului şi faţa externă a anselor intestinale

au fost deja parțial descrise. De obicei, mai întâi se cercetează **pancreasul**. Pentru a-l localiza, se trage stomacul de curbura mare în sus și se secționează ligamentul gastrocolic. După examenul extern (culoarea, consistența, dimensiunile), pancreasul se secționează *in situ* printr-o incizie în ax longitudinal, de la stânga spre dreapta, și se examinează suprafața de secțiune (culoarea, structura, prezența hemoragiilor etc.), considerată normală dacă va avea culoare gri-gălbuie și structură macrolobulară. O deosebită atenție se va atrage eventualelor hemoragii (difuze, în focar) și localizării acestora.

Stomacul se deschide cu foarfecele mare butonat de-a lungul curburii mari, pe linia de inserție a epiploonului mare *(fig. 10, a)*. Ajungând la regiunea pilorică, incizia continuă pe fața anterioară a duodenului până la unghiul duodeno-jejunal. Se examinează minuțios gradul de pronunțare și caracterul pliurilor stomacale, prezența hemoragiilor, ulcerațiilor și cicatricelor. Se vor menționa stările postoperatorii. Prin comprimarea veziculei biliare se verifică permeabilitatea canalelor biliare extrahepatice (în mod normal, din ampula Vater se scurge bilă). În procesul cercetării duodenului se deschide canalul biliar cu foarfecele mic pe o sondă canelată, introdusă în orificiul ampulei Vater.

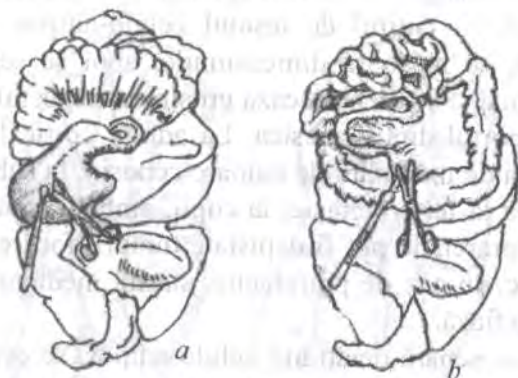


Fig. 10. **Deschiderea stomacului *(a)* și a intestinului subțire *(b)*.**

Pentru a deschide **intestinele**, ele se detașează de la mezenter (cu cuțitul sau cu foarfecele). Când se ajunge la cec, se examinează apendicele vermiform. Apoi, cu foarfecele mare butonat, se deschid intestinele *(fig. 10, b)*, de-a lungul lor; se descriu conținutul, aspectul mucoasei și eventualele modificări patologice.

Ficatul se măsoară (4 dimensiuni), apoi se descrie aspectul exterior, caracterul marginii anterioare (ascuțită, rotunjită). Ficatul se fixează cu mâna stângă și, cu cuțitul mare de amputație, se fac câteva secțiuni în ambii lobi, de-a lungul diametrului transversal, de la suprafața convexă spre hilul ficatului. Se examinează și se descrie aspectul parenchimului la secțiune (culoarea, desenul arhitectural, cantitatea de sânge care se scurge de pe suprafața de secțiune etc.). Vezicula biliară se deschide cu foarfecele în ax longitudinal – de la fund spre ductul cistic. Se măsoară cantitatea bilei, se descrie culoarea și consistența ei, caracterul mucoasei și al eventualilor calculi (pietre) biliari.

Cercetarea sistemului urogenital. Datorită localizării sale topografice – la nivelul polilor superiori ai rinichilor – glandele suprarenale se examinează în cadrul sistemului urogenital. Se ridică cu pensa marginea diafragmei toraco-abdominale și se localizează suprarenalele: cea din dreapta se află chiar deasupra rinichiului, cea din stânga – ceva mai aproape de linia mediană. Glandele se separă cu cuțitul de țesutul celulo-adipos adiacent, se descrie forma, se măsoară dimensiunile, apoi se secționează în sens longitudinal și se menționează grosimea, aspectul corticalei și medularei, raportul dintre acestea. La adulți, corticala e galbenă, bine delimitată de medulara de culoare cenușie; la subiecții cașectizați, corticala la fel e cenușie; la copii, ambele straturi sunt gri-deschis. În suprarenale pot fi depistate tumori, focare de necroză, amiloidoză etc. În caz de putrefacție, stratul medular se descompune – se lichefiază.

Rinichii se separă de stratul celulo-adipos, se eviscerează, se cântăresc și se măsoară separat. După descrierea suprafeței, rinichii sunt secționați în două jumătăți egale în felul următor: se

țin strâns în palmă, cu hilul orientat spre degete, iar cu cuțitul mare organul se secționează – de la marginea externă (opusă hilului) spre hil *(fig. 11, a)*. Apoi, cu o pensă dințată, rinichii se decapsulează, ciupindu-se puțin din parenchim la mijlocul fiecărei jumătăți. Suprafața decapsulată a organului trebuie să fie netedă, adesea cu urme ale septurilor interlobulare embrionale, în formă de șanțuri superficiale. Suprafața rinichilor poate fi micrrogranulată (glomerulonefrite cronice, boala hipertonică etc.) sau macrogranulată, cu mici sectoare denivelate (aderențe postinfarct, nefroscleroză aterosclerotică). Rinichii sănătoși au culoare roșu-închis, în caz de congestie – violacee, în caz de nefrită – cafenie, iar în caz de amiloidoză – galben-deschis etc. Se descrie aspectul parenchimului renal pe secțiune, gradul de delimitare dintre stratul cortical și cel medular, se indică grosimea stratului cortical. După examinarea bazinetelor renale (volumul, conținutul, aspectul mucoasei), se deschid ureterele *(fig. 11, b)*. Pentru a se extinde ureterul, rinichiul secționat se ridică. Urmează secționarea ureterului (cu foarfecele mic), de la bazinet până la vezica urinară. Dacă ureterul este obturat, el se deschide cu ajutorul sondei. Se va determina cauza obturării: calculi, tumori, cicatrice, ligaturi chirurgicale etc.

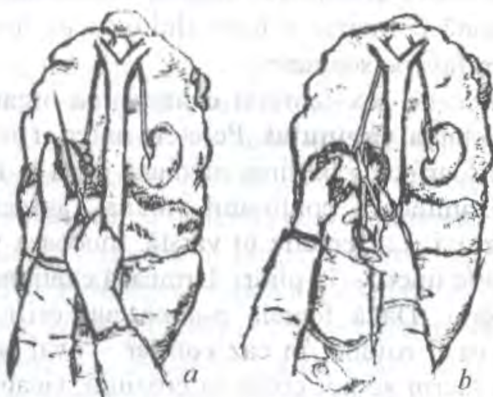


***Fig. 11.* Secționarea rinichilor *(a)* și a ureterelor *(b)*.**

Vezica urinară se deschide cu foarfecele – se face un orificiu în regiunea fundului, prin care se introduce o lamă a foarfecelui și se secționează peretele anterior și partea inițială a uretrei. Se cercetează conținutul, mucoasa vezicală, prezența modificărilor patologice.

La cadavrele de sex masculin se examinează **prostata**: dimensiunile, forma, consistența, aspectul suprafeței pe secțiune. Prostata se secționează prin incizii transversale, perpendiculare pe axul longitudinal al uretrei. Secționând țesutul celular pararectal, vom localiza veziculele seminale, care se află posterior de vezica urinară, superior de baza prostatei și exterior de ampulele canalului deferent. Cu bisturiul se efectuează două-trei secțiuni transversale, perpendiculare pe axul longitudinal al veziculelor seminale, secționându-se simultan și segmentele terminale ale canalelor deferente. Urmează extragerea și cercetarea **testiculelor**. Acestea se extrag prin orificiul intern al canalului inghinal, după lărgirea lui cu bisturiul. Pentru secționarea tunicii vaginale, testiculul se fixează între degetele mâinii stângi. Cu bisturiul se face o incizie a tunicii în ax longitudinal, de-a lungul marginii anterioare-inferioare a glandei. Se examinează foițele tunicii, culoarea, transparența, grosimea, eventualele aderențe. Apoi epididimul testiculului se prinde între police și celelalte degete, orientându-l cu capul în sus, și se execută o incizie a testiculului în ax longitudinal. Se cercetează suprafața pe secțiune.

La cadavrele de sex feminin examinarea organelor genitale începe cu cercetarea **vaginului**. Peretele anterior al vaginului se secționează cu foarfecele pe linia mediană până la fundul sacului anterior. Se examinează conținutul vaginal, aspectul mucoasei, eventualele leziuni. La femeile în vârstă, mucoasa vaginului este netedă, iar la cele tinere – în pliuri. Urmează examinarea colului și a corpului uterin. Dacă femeia n-a născut, orificiul extern al colului intern va fi rotund, în caz contrar – oval sau alungit. Pe buzele colului uterin se pot constata eroziuni, cicatrice după rupturi, tumori etc. Se vor nota dimensiunile și forma **uterului**.

Deschiderea uterului e un procedeu specific şi se realizează după cum urmează: se introduce o lamă a foarfecelui în canalul cervical şi se secţionează peretele anterior pe linia mediană până la fundul uterului, formându-se o incizie în formă de „V", orientată cu cele două ramuri spre coarnele uterine. Se desfac cele două jumătăţi ale peretelui anterior şi se pune în evidenţă cavitatea uterină. Se examinează conţinutul uterin, aspectul mucoasei şi muşchiului. Mucoasa femeilor în vârstă este adesea îmbibată cu sânge. Pe mucoasa uterului pot fi observate ţesuturi necrotizate (endometrită septică), rămăşiţe de ţesut placentar, polipi etc. Muşchiul uterului pe secţiune este omogen, cu vasele sangvine bine dezvoltate doar la femeile care au născut. În profunzimea miometrului adesea poate fi depistat fibromul intramural.

Uterul gravid se va deschide prin incizii laterale. Se menţionează poziţia fătului, lungimea lui, integritatea membranelor fetale, starea ombilicului şi a placentei. Fătul se cercetează separat, după metode speciale.

Urmează cercetarea trompelor uterine şi a ligamentului lat. Trompele normale vor fi subţiri, elastice, cu membrana seroasă de culoare gri, lucioasă. În caz de patologii, trompele pot fi îngroşate, de consistenţă dură, extinsă, cu aderenţe etc. Prin secţiuni transversale se examinează lumenul trompelor, conţinutul, mucoasa, grosimea peretelui.

Ovarele se măsoară, se indică forma şi consistenţa lor. Apoi ovarul se strânge cu pensa şi se face o incizie pe marginea liberă, ajungându-se până la hil. Pe suprafaţa de secţiune se constată culoarea, prezenţa corpului galben, a chisturilor etc.

Atât la bărbaţi, cât şi la femei se vor examina ţesutul celuloadipos perivascular, ganglionii limfatici şi ţesuturile adiacente din cavitatea pelvină. În lumenul venelor adesea pot fi găsiţi trombi.

Cercetarea cutiei craniene. Ceafa cadavrului se fixează pe un suport de lemn. Cu cuţitul mediu sau mare de amputaţie se face o incizie bimastoidiană până la os, prin vertex. Dacă părul de pe

cap este lung, înainte de a se secționa tegumentele, prin păr, pe traiectul viitoarei incizii, se formează o cărare. La persoanele cu capul chel incizia se face posterior de vertex, mai aproape de ceafă.

Lamboul cutanat anterior se prinde cu mâna la nivelul marginii anterioare a inciziei, se trage puternic înainte, concomitent decolându-l cu cuțitul de osul bolții craniene până la marginea superioară a arcadelor supraorbitale, răsfrângându-l în final peste fața cadavrului *(fig. 12)*. În același mod se decolează lamboul cutanat posterior, până la nivelul protuberanței occipitale externe, răsfrângându-l peste ceafă. Mușchii temporali se secționează din ambele părți prin incizii antero-posterioare și se răsfrâng în jos. Astfel, oasele bolții craniene sunt eliberate de țesuturile moi.

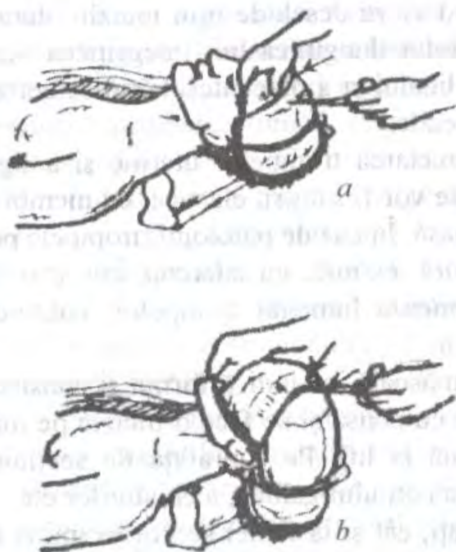


***Fig. 12.* Decolarea lamboului cutanat anterior al capului *(a)* și răsfrângerea lui peste față *(b)*.**

Deschiderea craniului se face cu ferăstrăul sau cu o rotativă electrică după un examen minuțios al bolții craniene *(fig. 13)*. Linia de ferestruire trece *(fig. 14)*: anterior – cu 1–2 cm mai sus de arcadele orbitale; lateral – la nivelul vârfului urechilor prin scuama osului temporal; posterior – prin protuberanța occipitală externă. Punțile osoase, care rămân după ferestruire, se desfac cu dalta prin lovituri ușoare cu ciocanul. Astfel, bolta craniană devine mobilă. Cârligul ciocanului se introduce între cele două buze ale secțiunii osului frontal și, printr-o tracțiune puternică în jos și înapoi, se înlătură bolta craniană. Aceasta se examinează din ambele părți, notându-se grosimea osului, starea suturilor, fontanelelor, șanțurilor vasculare, alte particularități.

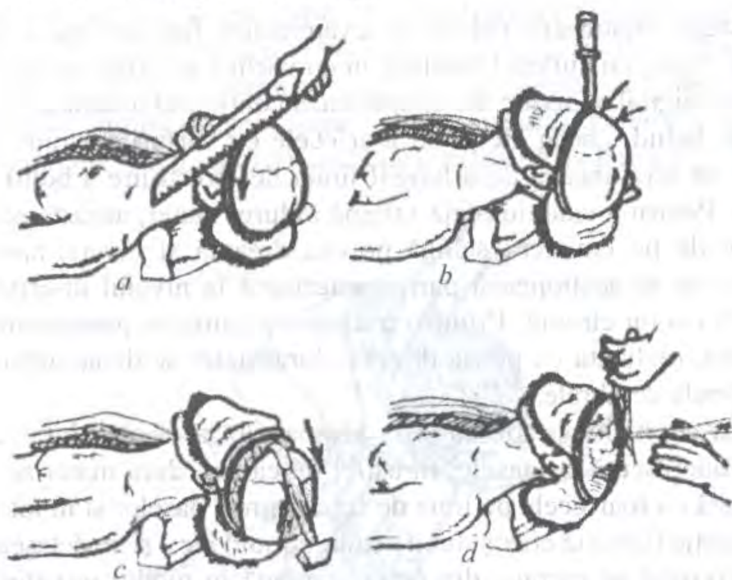


***Fig. 13.* Deschiderea cavității craniene: *a* – ferestruirea bolții craniene; *b* – decuplarea sectoarelor neferestruite (cu dalta); *c* – detașarea bolții craniene; *d* – secționarea sinusului sagital al durei mater.**

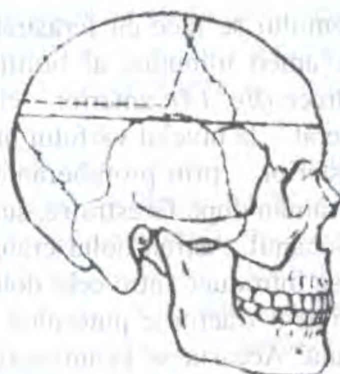


Fig. 14. **Liniile de ferestruire a craniului.**

După înlăturarea calotei se examinează fața externă a durei mater. Apoi, cu ajutorul foarfecelui cu vârfuri ascuțite, se deschide sinusul sagital superior. Se examinează conținutul acestuia (sânge, tromb, lichid, cheag etc.). Cu foarfecele cu vârfuri rotunjite dura mater se secționează de-a lungul liniei de ferestruire a bolții craniene. Pentru a examina fața internă a durei mater, aceasta se răsfrânge de pe emisfera stângă pe cea dreaptă și invers, apoi cu foarfecele se secționează partea anterioară la nivelul inserției pe creasta osului etmoid. Printr-o tracțiune în direcție posterioară-inferioară, realizată cu pensa dințată, dura mater se detașează de la emisferele cerebrale.

La copiii mici, adesea și la persoanele în vârstă, dura mater este concrescută cu oasele. În astfel de cazuri, dura mater se secționează cu foarfecele pe linia de ferestruire a oaselor și în locurile de inserție (creasta cocoșului a osului etmoid etc.) și se detașează.

Creierul se extrage din cutia craniană în modul următor. Se introduc degetele mâinii stângi sub lobii frontali și tractul olfactiv, ridicându-i de la baza craniană, până la apariția nervilor optici. Cu un cuțit mare de amputație, ținut în mâna dreaptă asemănător unui condei, se secționează toate formațiunile care leagă partea anterioară a bazei cerebrale cu baza craniană: nervii optici, arterele

carotide interne, nervii oculomotori şi pedunculul hipofizar. Toate inciziile se efectuează cât mai aproape de oase, tăişul cuţitului fiind orientat spre os. Cu mâna stângă se ridică lobul temporal drept şi se împinge uşor spre stânga, punându-se astfel în evidenţă cortul cerebelului din partea dreaptă. Acesta se va secţiona cu vârful cuţitului de-a lungul inserţiei sale pe osul sfenoid, marginea superioară a stâncii osului temporal şi pe faţa laterală a osului occipital. Aceleaşi manipulaţii se repetă şi din partea opusă. Apoi, cu vârful cuţitului mare de amputaţie, bilateral se secţionează celelalte formaţiuni ce leagă creierul de baza craniană. Se pune în evidenţă bulbul rahidian şi, pătrunzând cu lama cuţitului mare pe cât posibil mai jos, canalul rahidian. Bulbul rahidian se secţionează transversal, la extremitatea sa inferioară. Mâna stângă se plasează pe polul posterior al creierului. Cu ajutorul degetelor II şi III ale mâinii drepte, introduse între baza creierului şi planul osos, creierul se împinge uşor înapoi. Drept urmare, creierul cade pe palma mâinii stângi, apoi se aşază pe o planşetă de lemn *(fig. 15)*.



Fig. 15. **Scoaterea creierului din cutia craniană.**

Urmează examinarea emisferelor cerebrale şi a pia mater, care-i constituită din două membrane: vasculară – aderă nemijlocit la creier, pătrunzând printre toate şanţurile şi circumvoluţiunile acestuia, şi arahnoida – membrană foarte subţire, fără vase sangvine; acoperă membrana vasculară, trecând peste şanţuri de pe o circumvoluţiune pe alta. Între arahnoidă şi membrana vasculară se află spaţiul subarahnoidian cu puţin lichid cefalorahidian transparent, incolor. În caz de edem cerebral, cantitatea acestui lichid e mărită, arahnoida proemină deasupra şanţurilor şi circumvoluţiunilor cerebrale. În edemul cerebral cronic această membrană e puţin tulbure, iar în caz de inflamaţii – îşi modifică culoarea, mai cu seamă dacă apare ţesutul fibros. Exsudatul din spaţiul subarahnoidian poate fi seros, hemoragic, purulent. În caz de hemoragii, pe suprafaţa arahnoidei se acumulează cheaguri de sânge, iar focarele hemoragice din membrană se manifestă prin puncte roşii, care nu dispar la ştergerea cu muchia cuţitului. Arahnoida poate fi concrescută cu dura mater şi cu substanţa cerebrală (stări posttraumatice, după procese inflamatorii purulente etc.).

Cercetând arahnoida, concomitent se determină şi starea emisferelor cerebrale, care trebuie să fie simetrice ca formă şi volum. Asimetria acestora va indica în favoarea unui proces patologic (tumoare, hidrocefalie etc.). În cazul tensiunii intracerebrale mărite, condiţionată de aceleaşi procese patologice, circumvoluţiunile cerebrale vor fi lăţite, şanţurile superficiale – şterse, iar în caz de atrofie cerebrală, circumvoluţiunile vor fi ascuţite, şanţurile – adâncite.

Mai apoi, creierul se pune pe o planşetă de lemn cu faţa bazală în sus. Pentru început, se deschid vasele bazale (poligonul arterial Willis). Se examinează formaţiunile nervoase ale bazei cerebrale şi aspectul extern al trunchiului cerebral. Creierul se întoarce cu emisferele mari în sus şi se secţionează. Există mai multe metode de secţionare, însă cel mai frecvent se practică metodele propuse de Virchow şi Flechsig pe obiecte proaspete, iar metoda Fischer prevede o fixare prealabilă a creierului.

Metoda Virchow. Creierul este aşezat cu faţa inferioară în jos şi cu lobii occipitali spre medicul care face necropsia. La început se deschid ventriculele laterale. Cu policele mâinii stângi se împinge în afară marginea superioară a emisferei stângi, îndepărtând-o de şanţul interemisferic până apare corpul calos. Cu vârful cuţitului mare de amputaţie, se execută o secţiune longitudinală pe faţa internă a emisferei cerebrale stângi, la limita dintre corpul calos şi circumvoluţiunea corpului calos, la o adâncime de 1,5–2,0 cm, puţin oblic, de sus în jos şi dinăuntru în afară, deschizându-se astfel ventriculul lateral stâng. Prelungind secţiunea susnumită anterior (frontal) şi posterior (occipital), se deschid cornul anterior şi cel posterior ale ventriculului lateral stâng *(fig. 16, a)*. Acelaşi procedeu se foloseşte şi la deschiderea ventriculului lateral drept, însă creierul, de data aceasta, este orientat cu lobii frontali spre medic. Se răsfrâng apoi în afară emisferele, astfel încât ventriculele apar larg deschise şi incizia se adânceşte până la faţa inferioară a creierului. Se mai face câte o incizie lungă frontooccipitală în afara corpului striat, fără a pătrunde în toată grosimea emisferelor. Pentru a pune în evidenţă restul substanţei cerebrale, se mai fac secţiuni înăuntrul şi în afara primei secţiuni cu ea. Apoi se deschide suprafaţa corpilor optici, ventriculul III, epifiza şi lama cvadrigemenă. Rămâne să se deschidă cavitatea ventriculului IV, să se secţioneze cerebelul şi trunchiul cerebral prin incizii frontale.

Modificând succesiunea secţiunilor, pot fi cercetate concomitent toate ventriculele cerebrale. Mai întâi se deschid cavităţile ventriculelor laterale, se secţionează corpul calos cu formaţiunile adiacente, după înlăturarea cărora se deschide ventriculul III. Se secţionează vermixul, deschizându-se astfel fundul ventriculului IV. Se unesc cavităţile ventriculelor IV şi III, deschizând ductul Sylvius. Examinând cavităţile ventriculelor, se detaşează emisferele mari de la baza cerebrală, apoi creierul se cercetează conform procedeelor descrise. Creierul secţionat prin metoda Virchow se aseamănă cu o carte deschisă *(fig. 16, b)*.

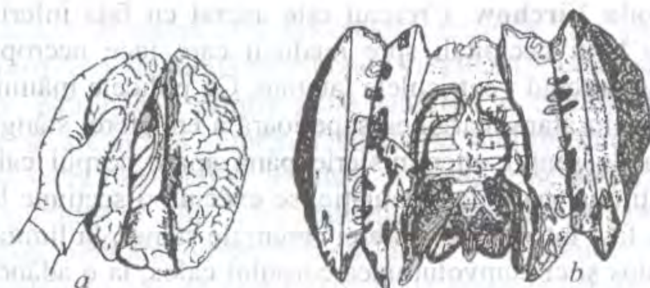


***Fig. 16.* Secționarea creierului după metoda Virchow: *a* – ventriculul lateral din stânga deschis; *b* – creierul secționat în formă de carte deschisă.**

Metoda Flechsig. Esența acestei metode constă în faptul că creierul este tăiat printr-o secțiune orizontală la nivelul ductului Sylvius, despărțindu-l în două părți – superioară și inferioară *(fig. 17, a)*. Aceasta permite examinarea nucleelor cenușii bazale, a capsulei interne și a lobilor centrali, a insulei.

Creierul se pune în centrul măsuței cu baza în jos și cu lobii frontali în dreapta medicului și se fixează cu mâna stângă, policele fiind pe emisfera dreaptă, iar celelalte degete – pe emisfera stângă. Secțiunea orizontală începe din regiunea lobilor frontali, axul inciziei trecând prin ambele emisfere, aproximativ la 4 cm mai sus de bază. Ținând cuțitul paralel cu măsuța, la înălțimea sus-numită, creierul se secționează până în centrul lobului temporal. Apoi secțiunea se prelungește sub un unghi obtuz, posterior și superior, până la porțiunea superioară a lobilor occipitali.

Partea superioară a creierului detașat se așază cu circumvoluțiunile în jos, examinându-se ambele părți ale creierului. Cu aceasta, secționarea creierului după Flechsig se termină, dar pentru o cercetare mai amplă se poate efectua o serie de incizii suplimentare, asemănătoare cu cele ce finalizează secțiunea după metoda Virchow.

Metoda Fischer *(fig. 17, b)*. Creierul, fixat în prealabil în soluție de formol, se pune pe măsuță cu baza în sus și cu lobii frontali în dreapta medicului. Se efectuează 7 secțiuni frontale: 1) imediat după bulbii olfactivi; 2) înaintea chiasmei optice; 3) prin corpii mamilari; 4) prin marginea anterioară a punții Varolio; 5) prin centrul punții; 6) posterior de punte, prin partea inițială a bulbului rahidian; 7) prin centrul olivelor bulbului rahidian. Primele trei secțiuni sunt verticale, celelalte – oblic-verticale, puțin înclinate înapoi. Metoda Fischer se practică mai frecvent în cazul traumelor craniocerebrale cu leziuni intracerebrale.

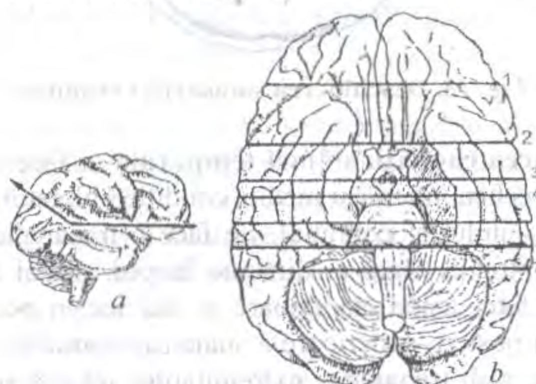


***Fig. 17.* Liniile de secționare a creierului: *a* – după Flechsig; *b* – după Fischer.**

Pentru evidențierea unor eventuale fracturi craniene, cu ajutorul unei pense mari dințate, se decolează dura mater de la baza craniului. Din șaua turcească, cu vârful cuțitului, se extrage hipofiza, care se cercetează la exterior, se măsoară și se secționează. Cavitățile accesorii ale craniului se deschid cu dalta și ciocanul doar la necesitate *(fig. 18)*.

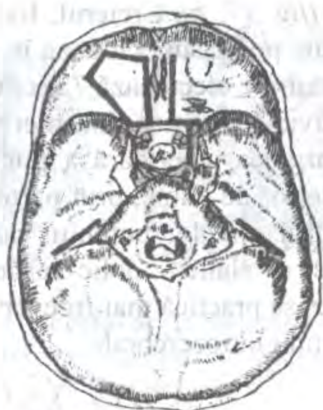


Fig. 18. **Deschiderea sinusurilor craniene.**

Cercetarea cavității stâncii temporale se face cu scopul de a examina urechea internă și medie, condiție obligatorie la necropsiile nou-născutului și copilului. Se face o trepanație cu direcție oblică dinăuntru în afară și dinainte înapoi, inițial în porțiunea inferioară a feței antero-superioare și ulterior în porțiunea inferioară a feței postero-superioare a stâncii temporalului. Cele două linii se unesc prin trepanarea extremităților internă și externă ale stâncii. Cu ajutorul unei pense se scoate porțiunea de stâncă trepanată și se pun în evidență cavitățile auditive, care se examinează.

Cercetarea antrului mastoidian și a celulelor mastoidiene se face trepanând postero-inferior dinspre cavitatea timpanică. Ele se pot deschide și dinafară, trepanând cu atenție și ridicând táblia osoasă a apofizei mastoidiene.

Deschiderea cavităților orbitale se face prin trepanarea porțiunii orbitale a osului frontal, care constituie bolta orbitei și canalului optic. Pentru scoaterea globului ocular cu formațiunile nervoase (nervul optic și oculomotor comun) și vasculare, cu un bisturiu se secționează fundul de sac oculopalpebral (fără a se secționa pleoapa superioară), se luxează globul ocular și se extrage ochiul.

Cercetarea sinusurilor frontale se face prin trepanarea porțiunii respective din osul frontal.

Cercetarea sinusului etmoid se face prin lovituri cu ciocanul și dalta, paralel apofizei și *crista galli* la nivelul plăcii ciuruite a osului etmoid.

Cercetarea sinusului sfenoid se face prin lovituri cu ciocanul și dalta în dreapta și în stânga șeii turcești.

Cercetarea sinusului maxilar se face prin lovituri cu ciocanul și dalta în planșeul orbitei, după îndepărtarea globilor oculari.

Cercetarea canalului vertebral și examinarea măduvei spinării. Cadavrul se așază în decubit ventral, iar sub torace și abdomen se pune câte un suport de lemn. Medicul care execută necropsia se află în stânga cadavrului.

Cu cuțitul mare de amputație se efectuează o incizie longitudinală a tegumentelor și țesuturilor moi subiacente, de-a lungul apofizelor spinoase, de la protuberanța occipitală externă până la coccis. Pielea și mușchii subiacenți se decolează cu cuțitul de pe apofizele spinoase și lamele vertebrale posterioare de ambele părți ale inciziei, exercitându-se concomitent tracțiuni laterale asupra lambourilor cutaneo-musculare.

Deschiderea canalului vertebral poate fi efectuată prin mai multe metode *(fig. 19)*.

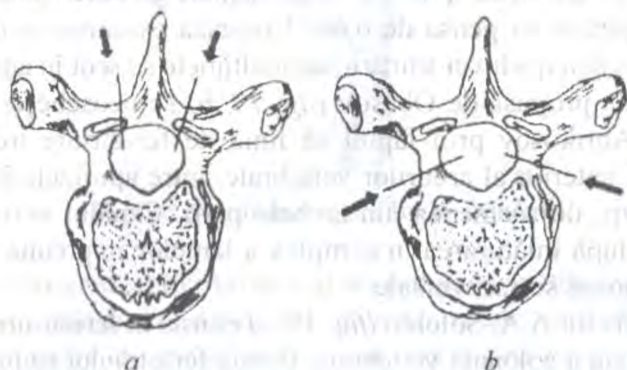




Fig. 19. **Linia de secționare a coloanei vertebrale după:**
a **– Ort-Abrikosov;** ***b*** **– Obâsov;** ***c*** **– Solohin.**

Metoda de deschidere a canalului vertebral după Ort-Abrikosov *(fig.19,a)* constă în ferestruirea segmentelor posterioare ale arcurilor vertebrale din ambele părți ale apofizelor spinoase, înăuntrul apofizelor articulare. Ferestruirea începe de la extremitatea superioară a coloanei vertebrale, de regulă de la vertebra cervicală II. Cu ajutorul cârligului ciocanului pe care-l introducem în extremitatea superioară a canalului rahidian, printr-o mișcare puternică de smulgere, se îndepărtează în bloc, sub forma unei benzi, lamele vertebrale cu apofizele spinoase și ligamentele galbene. Blocul poate să se extragă și cu pensa de oase. Urmează examinarea *in situ* a durei mater și a măduvei spinării, apoi ultimele se scot în ansamblu.

Metoda propusă de Obâsov *(fig. 19, b)* se deosebește de metoda Ort-Abrikosov prin faptul că linia de ferestruire trece prin segmentul anterior al arcurilor vertebrale, între apofizele transversale și corp, de asemenea din ambele părți. Canalul vertebral se deschide după înlăturarea în complex a lamelor împreună cu apofizele spinoase și transversale.

Metoda lui A.A. Solohin *(fig. 19, c)* constă în ferestruirea oblic-longitudinală a coloanei vertebrale. Banda ferăstrăului se instalează pe fața posterioară a arcului vertebral, între apofizele spinoasă și transverse din dreapta, ferestruirea efectuându-se într-un plan

oblic – de la dreapta spre stânga, postero-anterior, intersectând şi corpul vertebral. Astfel se ferestruiesc toate vertebrele coloanei vertebrale de-a lungul tuturor regiunilor acesteia, desfăcând-o în două părţi. Locurile inaccesibile pentru ferăstrău se taie cu dalta şi ciocanul. După examinarea suprafeţei de secţiune şi a meningelui rahidian (durei mater spinale), se secţionează nervii rahidieni şi se extrage măduva spinării împreună cu dura mater.

Măduva spinării se întinde pe masa de disecţie, cu faţa posterioară în sus şi cu extremitatea cervicală spre autopsier. Cu un foarfece butonat se secţionează în ax longitudinal dura mater, care se cercetează împreună cu faţa externă a măduvei spinării. Apoi, la diferite nivele ale măduvei, se fac secţiuni transversale şi se cercetează suprafeţele de secţiune *(fig. 20)*. În final, se examinează şi canalul vertebral, notând eventualele proeminenţe osteo-cartilaginoase, fracturi, luxaţii etc.



Fig. 20. **Secţionarea măduvei spinării.**

Examinarea articulaţiilor şi secţionarea membrelor. Membrele şi articulaţiile se deschid doar la necesitate, procedeul tehnic fiind în funcţie de localizarea şi caracterul procesului patologic sau traumatic. În practica medico-legală membrele se deschid pentru

a se cerceta caracterul fracturilor osoase şi al modificărilor din ţesuturile adiacente fracturii.

Pentru deschiderea membrelor inferioare, tegumentele se secţionează de la sacru în jos, prin centrul regiunilor fesiere, pe faţa posterioară a coapsei, gambei, până la călcâi. Muşchii se taie până la osul respectiv şi se examinează pe secţiune. Osul fracturat se cercetează iniţial *in situ*, apoi se dezarticulează şi se eliberează de ţesuturile moi pentru o cercetare mai detaliată. Eschilele din locul fracturii se păstrează pentru reconstituirea osului – în scopul determinării mecanismului provocării fracturii.

Vasele sangvine şi nervii membrelor se deschid pe traiectul lor. Pentru aceasta este necesară o preparare a fasciilor, muşchilor şi ligamentelor, ţinând seama de particularităţile topografice ale regiunii respective.

Cavităţile articulare *(fig. 21)* se deschid, de obicei, la nivelul membrelor inferioare. Cea mai vulnerabilă este articulaţia genunchiului. Pentru deschiderea ei se execută două incizii laterale orientate vertical, care se unesc sub patelă printr-o incizie semilunară. Lamboul cutanat se separă în sus, secţionându-se ligamentul patelar şi capsula articulară. La necesitate, se deschid şi alte articulaţii.

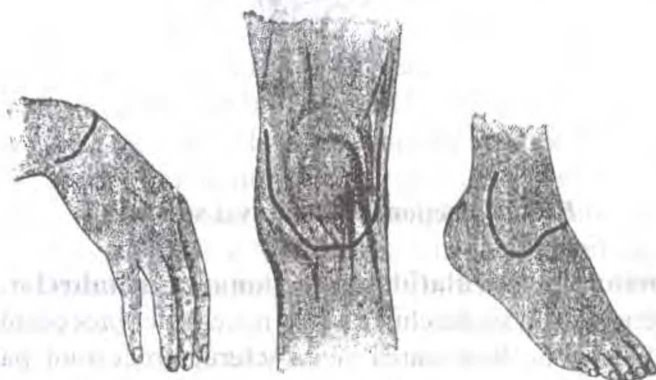


***Fig. 21.* Deschiderea cavităţilor articulare.**

4. Probe prealabile de diagnostic

Proba la pneumotorax. După incizia mediană a tegumentelor şi detaşarea ţesuturilor moi de pe grilajul costal, între lamboul musculo-cutanat şi peretele exterior al toracelui se formează o cavitate (buzunăraş), în care se toarnă apă. Cu bisturiul sau cu cuţitul se sparge peretele toracelui sub apă, la nivelul spaţiului intercostal. Eliminarea bulelor de aer va confirma prezenţa pneumotoraxului. Diagnosticul pozitiv de pneumotorax poate fi în leziunile pulmonare (patologice sau traumatice) închise fără afectarea pleurei parietale, precum şi în leziunile deschise ale toracelui – plăgi penetrante ale toracelui (a.n. pneumotorax valvular, cu supapă).

Proba la embolie grăsoasă. Se efectuează pentru depistarea grăsimii în ţesutul pulmonar şi în plexurile vasculare (coroide) ale ventriculelor cerebrale. În primul caz, suprafaţa de secţiune a plămânilor se usucă cu tifon sau sugativă. Apoi, suprafaţa de secţiune se acoperă şi se comprimă uşor cu o bucată de sugativă curată şi albă până la îmbibarea acesteia. În cazul emboliei grase pe sugativă vor rămâne amprente uleioase, care sub acţiunea soluţiei de Sudan-3 se vor colora în brun. Pentru determinarea prezenţei grăsimii în plexurile vasculare, acestea se vor plasa într-o soluţie de Sudan-3 pe un minut, apoi se vor clăti cu apă şi se vor întinde pe o lamă de sticlă, cercetându-se ulterior la microscop. Diagnosticul va fi pozitiv dacă în lumenul capilarelor se vor depista picături de grăsime de culoare brună. De obicei, embolia grăsoasă apare în fracturile oaselor tubulare mari, în zdrobirile masive ale ţesutului celulo-adipos şi ale ficatului.

Proba la embolie gazoasă. Mai frecvent se cercetează embolia gazoasă a vaselor cordului.

Cavitatea pericardică se umple cu apă, apoi se sparge cu bisturiul sub nivelul lichidului ventriculul drept al cordului. Eliminarea bulelor de aer va indica o embolie gazoasă a cordului. Se observă în cazul plăgilor tăiate şi tăiate-înţepate ale venelor gâtului, în avorturile criminale etc.

Proba Bokarius. Se efectuează pentru evidențierea semnelor provenienței vitale a șanțului de spânzurare și de strangulare. Se recoltează un fragment de piele de formă trapezoidală din regiunea șanțului de spânzurare (sau strangulare) din afara lividităților cadaverice și se înlătură țesutul celulo-adipos subiacent. Pielea se instalează între două lame de sticlă și se privește la o sursă de lumină. Despre originea vitală a șanțului mărturisește dilatarea vaselor sangvine și a capilarelor cu hemoragii mici punctiforme în straturile superficiale ale pielii: local – de-a lungul marginii superioare a șanțului, difuz – în șanțurile multiple și în regiunea bureleților intercirculari.

Proba Hoppe-Zeiler. Determinarea carboxihemoglobinei în sânge la intoxicație cu monoxid de carbon. Pe o farfurie sau pe o placă de teracotă, albă și curată, se picură 2–3 picături de sânge prelevat de la cadavrul supus necropsiei și care aparține unei persoane moarte ipotetic prin intoxicație cu oxid de carbon, iar alături 2–3 picături de sânge de la o persoană moartă din altă cauză. În ambele probe se adaugă câteva picături de bază alcalină (sol. 33% NaOH) și se amestecă cu un bastonaș de sticlă. În prima probă, dacă aceasta va conține carboxihemoglobină – un compus foarte stabil, culoarea nu se va schimba. În cea de a doua probă (de control), datorită scindării oxihemoglobinei și formării hematinei alcaline, sângele va obține culoarea brun-închis.

5. Cercetări suplimentare de laborator

Pentru a corobora diagnosticul medico-legal cu concluziile expertale, medicul legist apelează la investigații suplimentare de laborator. Cele mai solicitate sunt examenele histopatologic, toxicologic, biologic și medico-criminalistic, care se efectuează în cadrul laboratoarelor specializate. Uneori, sunt necesare și alte cercetări de laborator: bacteriologice, virusologice, botanice etc., care se efectuează în baza adresării medicului legist în alte instituții specializate.

Examenul histopatologic. Cercetarea este obligatorie atunci când datele morfologice macroscopice nu evidenţiază modificări care ar elucida cauza medicală a morţii, când e necesar să se stabilească provenienţa vitală, vechimea şi consecutivitatea leziunilor corporale etc.

Prelevările se fac din organe sau ţesuturi, din regiunile suspecte a fi patologic modificate sau din sectoare cu modificări macroscopice existente. Fragmentele se taie cu cuţitul în felii mici, cu dimensiunile de circa 1x1, 5x2 cm (pentru histotopograme - 10x10x1 cm), din zonele ce prezintă schimbări macroscopice sau de la limita lor cu ţesutul intact învecinat. Fragmentele prelevate se introduc în borcane de sticlă cu soluţie de formol de 10%, într-o cantitate de aproximativ 10 ori mai mare decât volumul pieselor anatomice. Pentru cercetările histochimice se folosesc fixatori speciali: azot lichid, fixatorul Carnoy etc. Pe borcane se lipesc etichete cu numărul raportului de autopsie, fiind însoţite de o adresare a expertului către laborator, cu următoarele date: numele şi prenumele persoanei decedate, vârsta ei, data autopsiei, organele prelevate, diagnosticul morfopatologic macroscopic şi circumstanţele succinte.

Examenul toxicologic este solicitat în cazurile de suspectare a unei intoxicaţii şi este obligatoriu pentru a confirma prezenţa în organism a unei substanţe deja cunoscute.

Atunci când se presupune o intoxicaţie cu substanţe necunoscute, pentru examenul toxicologic se expediază nu mai puţin de 2 kg de organe interne. Nu se admite spălarea lor cu apă. În borcane curate şi uscate se prelevează separat:

1. nu mai puţin de 1/3 de ficat şi vezicula biliară cu bilă;
2. stomacul cu conţinutul său, câte 0,5 m de intestin subţire şi gros cu conţinut (din sectoarele cu modificări mai pronunţate);
3. un rinichi cu toată urina;
4. 1/3 de creier;
5. inima cu sângele din cavităţile ei, splina şi nu mai puţin de 1/4 din plămân (din sectoarele congestionate).

Suplimentar, în caz de necesitate, în alte borcane se vor preleva:

– uterul cu vaginul;

– rectul;

– sectoarele de piele și mușchi din locurile eventualei introduceri a toxicului.

Ultimele piese anatomice se vor recolta atunci când este suspectată administrarea substanțelor toxice pe această cale. În rest, expertul recoltează organe în vederea examenului toxicologic, ținând cont de caracterul intoxicației, căile de introducere și eliminare a toxicului și timpul scurs de la introducerea lui.

Pentru depistarea etanolului se recoltează, de regulă, câte 10 ml de sânge (din vena femurală sau cavitățile cordului) și urină. Uneori, în același scop, se recoltează conținutul gastric, lichidul cefalorahidian și o parte de creier.

Examenul biologic. Pentru a determina grupa de sânge, din cavitățile cordului sau din vasele mari se prelevează 20–30 ml de sânge fluid (într-un flacon) și uscat (pe o bucată de tifon împăturit în 4 straturi). Dacă cadavrul se află în stare de putrefacție avansată, se recoltează circa 100 g de mușchi din regiunea coapsei (într-un vas curat de sticlă). Uneori (ex.: violuri asociate cu omucidere) se mai recoltează și câte 3–5 ml de bilă (într-un flacon de sticlă) – pentru determinarea capacității de secreție a victimei.

Dacă pe hainele cadavrului au fost depistate pete asemănătoare celor de sânge sau spermă, hainele se expediază pentru examen de laborator în secția de investigații biologice.

Examenul medico-criminalistic este necesar pentru a stabili caracterul leziunilor, mecanismul producerii acestora și pentru a identifica obiectul vulnerant. Pentru examenul fizico-tehnic se recoltează țesuturile și organele lezate, precum și hainele.

Plăgile cutanate se recoltează în așa mod încât lățimea lamboului de piele de la limita leziune–țesut intact să fie nu mai mică de 3–4 cm. Obiectul se întinde pe o bucată de carton pe care se

indică partea superioară și cea inferioară ale plăgii, orientarea părților sale.

Oasele lezate se prelevează întregi sau ferestruite la o distanță de 3-4 cm de marginile leziunii. Craniul se prezintă integral. Toate oasele se expediază împachetate în hârtie curată sau în cutii de carton.

Dacă se preconizează un examen spectral, materialul se secționează cu foarfecele sau cu cuțitul, care au suprafața cromată și neafectată. Concomitent, pentru un examen de control, se recoltează și un sector de țesut intact (fără leziuni și depuneri) din regiunea simetrică a corpului.

Examenul diatomeelor se efectuează în scopul confirmării diagnosticului morții prin înec, mai ales în cazurile de putrefacție avansată a cadavrului. Constă în depistarea planctonului acvatic, a diatomeelor, în organele cu circulație terminală (splină, rinichi), în măduva oaselor și în lichidul sinusului osului sfenoid. Pentru examen se vor recolta: un rinichi nesecționat și nedecapsulat, cu vasele și ureterul legate în prealabil; splina; osul femural sau humerusul (întregi). Organele se plasează în vase de sticlă spălate de două ori cu apă bidistilată, iar oasele - în pachete de hârtie curată. Instrumentele folosite la fel se spală cu apă bidistilată.

Examenul bacteriologic și bacterioscopic se efectuează în cazul în care se presupune moarte prin maladii infecțioase, septicemie sau în urma unei intoxicații alimentare de origine bacteriană. Materialul se recoltează în condiții sterile și cât mai timpuriu (primele 12–24 ore după deces), până la apariția putrefacției.

Sângele (20-30 ml) se recoltează din cavitățile cordului cu ajutorul unei seringi sterile, iar din lumenul venelor mari - după o cauterizare termică a zonei de pătrundere a acului. Fragmentele de organe cu dimensiunile de circa 3x3x3 cm se prelevează cu instrumente sterile după cauterizarea prealabilă termică a suprafeței fragmentului de organ din care s-a efectuat prelevarea. Deschiderea și închiderea vasului steril (fără substanțe antiseptice sau fi-

xatoare), în care se recoltează sau se însămânțează produsul patologic, se efectuează prin flambarea dopului și gurii vasului la flacără.

Examenul virusologic are o importanță majoră pentru stabilirea diagnosticului atunci când se presupune gripă epidemică și neuroinfecții virale (poliomielită, encefalită etc.). Pentru examen, în condiții strict sterile, se recoltează fragmente de organe, cu dimensiunile de 2x2x1 cm. În caz de gripă se recoltează fragmente de trahee, plămâni, sânge, precum și eliminări nazo-faringiene. În neuroinfecții se prelevează fragmente de creier și măduvă a spinării. Materialul se recoltează în vase sterile de sticlă cu glicerină fosfatată tamponată.

6. Toaleta cadavrului

După examinarea cadavrului, asistentul (sau autopsierul) efectuează toaleta necesară. Pentru început, sângele și lichidele existente se evacuează din cavitățile corpului, în care se plasează organele eviscerate și puțin rumeguș de lemn pentru absorbția resturilor de lichid. Cadavrul se coase *(fig. 22)* cu un ac curbat și sfoară subțire, de-a lungul liniei de incizie, dinăuntru în afară.



***Fig. 22.* Coaserea cadavrului.**

Cavitatea craniană se umple cu vată, hârtie sau cârpe curate. Se aşază la loc calota craniană, se trag apoi lambourile cutanate deasupra calotei şi se coase pielea la o distanţă mai mică de 1cm de la marginile lambourilor. Suturile astfel formate se acoperă ulterior cu păr.

Segmentele oaselor (coloana vertebrală, femurul etc.) prelevate pentru cercetări suplimentare sunt substituite prin proteze de lemn.

După coaserea tuturor inciziilor cutanate cadavrul se spală, se şterge, se îmbracă şi se predă familiei pentru înhumare. Este interzisă introducerea în cadavru a organelor de la alte cadavre. Conform cerinţelor sanitar-igienice, cadavrul poate fi păstrat în morgă nu mai mult de 72 ore de la deces. Cadavrele persoanelor neidentificate se înhumează de către reprezentanţii organelor de stare civilă cu permisiunea în scris a ordonatorului de efectuare a expertizei.

III. PARTICULARITĂȚI ALE TEHNICII ȘI METODELOR DE CERCETARE A UNOR CADAVRE

În practica medico-legală, în afară de metodele standard de autopsie și cercetări investigaționale ale cadavrului, există și unele particularități. În primul rând, referitor la feți și cadavrele nou-născuților, persoanele decedate prin diverse forme de moarte violentă, cadavrele dezmembrate, scheletizate, neidentificate sau exhumate, precum și la persoanele decedate subit în condiții extraspitalicești sau în incinta instituțiilor medicale. Fiecare din categoriile menționate dispune de anumite particularități specifice ale tehnicii și metodelor de cercetare, în funcție de sarcinile și problemele ce necesită rezolvare.

1. Cercetarea cadavrelor de feți și nou-născuți

Procedeele tehnice de autopsie a cadavrelor de feți și nou-născuți sunt, într-o anumită măsură, specifice și diferă, prin sarcinile lor, de necropsia cadavrelor de adulți. Aceste particularități sunt condiționate de problemele adresate medicului legist de către organele de drept și necesitatea rezolvării următoarelor aspecte specifice: diagnosticul pozitiv de nou-născut, diagnosticul maturității fătului, stabilirea duratei vieții intrauterine, estimarea vieții extrauterine și a viabilității fătului, stabilirea duratei vieții extrauterine și a îngrijirilor acordate fătului după naștere, a cauzei morții.

Examenul extern va începe cu studierea minuțioasă a tuturor obiectelor prezentate cu cadavrul (placenta etc.) și a celor în care fătul sau nou-născutul a fost înfășat.

Este obligatorie cântărirea cadavrului. Se efectuează măsurările antropometrice necesare: talia; dimensiunile, circumferința și alți indici ai capului *(fig. 23)*, ai toracelui; ai abdomenului; distanțele dintre apofiza xifoidă a sternului și inelul ombilical, dintre inelul ombilical și pubis; diametrul brațului și bazinului pe linia

intertrohanterică. Se menționează prezența de *vernix caseosa*, a urmelor de sânge și meconiu, hemoragiilor intracutanate, culoarea și turgorul pielii, grosimea stratului adipos subcutanat etc.

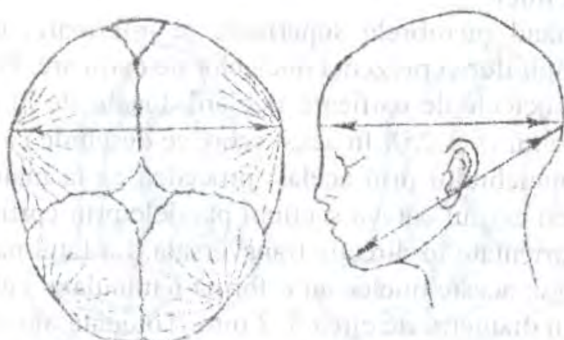


Fig. 23. **Schema măsurărilor capului de nou-născut.**

Se consemnează forma capului și fontanelele, prezența bosei sero-sangvine, a deformațiilor și malformațiilor capului, lungimea părului, consistența cartilajelor nazale și ale pavilioanelor urechilor, starea cavității bucale (leziuni, corpuri străine etc.).

Se descriu detaliat cordonul ombilical și placenta (dacă este prezentă), indicând aspectul capătului liber al cordonului – este rupt sau secționat *(fig. 24)*, aspectul cicatricei ombilicale, prezența inelului de demarcare etc.

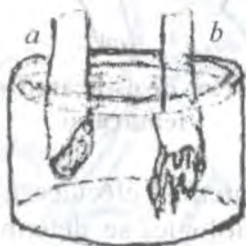


Fig. 24. **Cercetarea extremității distale a ombilicului:**
a **– secționat;** ***b*** **– rupt.**

Se constată corectitudinea dezvoltării organelor genitale: la băieți se menționează sediul testiculelor (în scrot sau în canalul inghinal, abdomen), iar la fetițe – dacă labiile genitale mari le acoperă pe cele mici.

Examinând membrele superioare și inferioare, determinăm lungimea unghiilor și prezența nucleelor de osificare. De obicei, se cercetează nucleele de osificare Beclard, localizate în epifiza distală a femurului *(fig. 25)*. În acest scop, se deschide cavitatea articulară a genunchiului prin același procedeu ca la maturi, apoi se efectuează cu cuțitul câteva secțiuni paralele prin epifiza distală a femurului, orientate în direcție transversală. La fătul născut în termen fiziologic aceste nuclee au o formă lenticulară, culoare roșie-cenușie și un diametru de circa 5–7 mm. Totodată, nuclee de osificare pot fi constatate și în epifiza proximală a tibiei (nucleul Tapon), și la nivelul osului calcaneu.



Fig. 25. **Cercetarea nucleelor de osificare Beclard în epifiza distală a femurului.**

Până la examenul intern se efectuează proba lui Dillon (dacă e posibil), prin care, radiologic, se determină prezența aerului în plămâni și în tubul gastrointestinal.

În scopul cercetării mai detaliate a cavității bucale, glotei și mușchilor gâtului, incizia anatomică începe la nivelul buzei infe-

rioare, trece pe linia mediană a bărbiei, gât, torace şi la 1,5–2 cm mai sus de inelul ombilical se bifurcă *(fig. 26)*. De aici fiecare ramură a inciziei ajunge până la centrul ligamentelor inghinale, ceea ce permite cercetarea minuţioasă a vaselor ombilicale.



***Fig. 26.* Secţionarea pielii pruncului: *a* – în autopsia anatomo-patologică; *b* – în autopsia medico-legală.**

Pentru un examen detaliat al cavităţii bucale, în partea iniţială a inciziei se secţionează mandibula, desfăcându-i-se ulterior ramurile în părţi şi tracţionându-se limba în direcţie inferioară *(fig. 27)*.

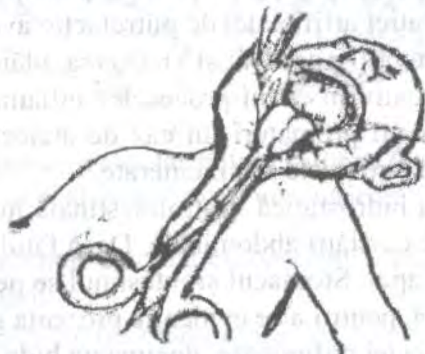


***Fig. 27.* Cercetarea cavităţii bucale şi a orofaringelui.**

Până la eviscerarea organocomplexului se efectuează unele procedee de realizare a docimaziei hidrostatice pulmonare (proba lui Galen) şi gastrointestinale (proba lui Bresslau). Pentru aceasta se ligaturează: 1) traheea şi esofagul mai jos de cartilajele laringiene; 2) esofagul, mai sus de diafragmă; 3) stomacul, în locul trecerii în duoden; 4) intestinele subţire şi gros, mai ales la nivelul sectoarelor cu acumulări mai mari de gaze.

Organocomplexul eviscerat se introduce într-un vas încăpător umplut cu apă. Coborârea piesei la fundul vasului demonstrează lipsa aerului. Apoi, separat, se realizează docimazia hidrostatică pulmonară şi gastrointestinală. Docimazia hidrostatică pulmonară constă din introducerea separată a organelor buco-cervico-toracice în vasul cu apă, apoi a ambilor plămâni separat, verificându-se dacă acestea plutesc. După aceea, cu ajutorul foarfecelui, se recoltează fragmente mici de parenchim pulmonar (2–3 mm) din diferite zone ale plămânilor şi se introduc în apă, pentru a se determina dacă plutesc. Câteva fragmente de parenchim pulmonar se vor comprima între degete, pentru a determina dacă nu se elimină bule de aer.

Docimazia pulmonară hidrostatică are valoare practică doar atunci când se execută corect, pe plămân proaspăt. În cazurile de efectuare a respiraţiei artificiale, de putrefacţie avansată şi de congelare, docimazia va fi pozitivă; şi viceversa, plămânul respirat va da un rezultat negativ în cazul proceselor inflamatorii pulmonare acute, la nou-născuţi prematuri, în caz de atelectazii, la plămâni recoltaţi de la cadavre fierte sau incinerate.

În docimazia hidrostatică gastrointestinală în vasul cu apă se introduc organele cavităţii abdominale. Dacă fătul s-a născut mort, el cade la fundul apei. Stomacul şi intestinul se perforează la diferite nivele sub apă, pentru a se evidenţia prezenţa gazelor.

Asemănător celei pulmonare, docimazia hidrostatică gastrointestinală poate fi pozitivă şi în cazul naşterii unui făt mort (putrefacţie avansată, respiraţie artificială).

Deschiderea capului la nou-născuţi de asemenea are unele particularităţi *(fig. 28)*. Astfel, după cercetarea şi măsurarea dimensiunilor capului, oasele craniului, fiind subţiri, se secţionează cu foarfecele. Pentru păstrarea integrităţii sinusului longitudinal, oasele craniului se secţionează bilateral de-a lungul acestuia, la o distanţă de 2–3 cm de sutura sagitală, începând cu scuama osului occipital şi terminând cu osul frontal. Apoi, din ambele părţi, secţiunea se completează cu o linie ce intersectează oasele parietale, frontal şi occipital, ridicându-se astfel un capac osos larg ce dezgoleşte faţa convexă a emisferei cerebrale şi lasă intact sinusul longitudinal. Creierul se extrage cu mâna, foarte atent, pentru a i se păstra la maximum integritatea. Pentru o cercetare calitativă se recomandă fixarea creierului timp de 5 zile în soluţie de formol de 5%. După extragerea creierului se cercetează sinusul şi cortul cerebelos.

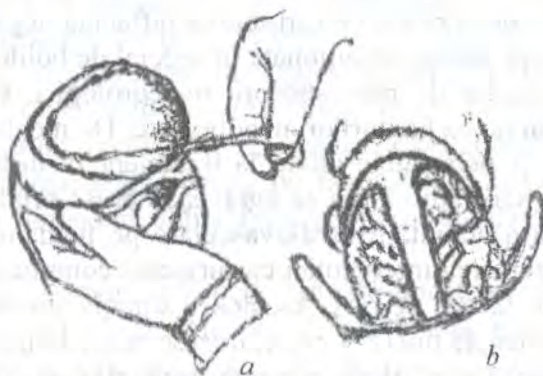


***Fig. 28.* Secţionarea oaselor bolţii craniene *(a)* şi formarea „coşuleţului" *(b)* la nou-născuţi.**

Examenul intern se termină cu cercetarea coloanei vertebrale şi a măduvei spinării.

Pentru investigaţii histopatologice se vor recolta fragmente din cordonul şi inelul ombilical, din regiunea bosei serosangvine, din placenta şi organele interne. În funcţie de caz, pot fi efectuate şi alte cercetări de laborator (sânge etc.).

2. Cercetarea cadavrului în moarte subită

Moartea subită (neviolentă) se caracterizează prin instalare instantanee în plină stare de sănătate, condiționată fiind de un proces patologic sau de o maladie necunoscută anterior persoanelor apropiate, adesea și decedatului. Aceste circumstanțe trezesc anumite suspiciuni, din care motiv, cadavrele persoanelor decedate subit devin obiectul cercetării medico-legale, în scopul excluderii morții violente. Moartea subită este obiectul de cercetare al medicului legist, atunci când aceasta survine în afara spitalelor și în primele 24 ore de la internare în instituțiile medicale. Cauzele deceselor sunt diferite, însă cel mai frecvent sunt condiționate de bolile sistemului cardiovascular la persoanele adulte și de cele ale aparatului respirator la copii în primul an de viață.

Observațiile și cercetările noastre, efectuate pe parcursul mai multor ani, au demonstrat cu certitudine influența negativă, în declanșarea morții subite condiționate în special de bolile cardiovasculare, a factorilor de risc: stresori, meteorologici, efortul fizic excesiv, consumarea băuturilor alcoolice etc. De menționat că pot deceda subit și persoanele aflate la tratament în instituțiile medicale, starea sănătății cărora se agravează brusc printr-o decompensare acută a activității cardiovasculare pe fundalul factorului stresor (în așteptarea intervenției chirurgicale complicate etc.) sau coincid cu alți factori de risc. Asemenea situații, survenite mai cu seamă la persoanele tinere și copii, trezesc suspiciuni cu privire la calitatea serviciilor medicale prestate pacienților și servesc drept motiv pentru adresarea rudelor răposatului cu plângeri la organele de drept.

Lipsa informațiilor ce țin de starea sănătății înainte de moarte, de existența sau evoluția clinică a unor boli determină ca unica sursă obiectivă să fie rezultatele cercetărilor minuțioase obținute în cadrul autopsiei și examenului histologic al pieselor recoltate din organele interne ale cadavrului. În scopul excluderii eventualei intoxicații acute (alcoolice, narcotice etc.), obligatoriu se va purcede la efectuarea cercetărilor toxico-narcologice respective.

O atenție deosebită și cunoștințe speciale necesită cazurile de moarte subită la copii, mai cu seamă în perioada neonatală, și așa-numita *moarte subită a sugarului*. E de menționat că medicina contemporană prevede noțiunea de moarte subită inexplicabilă a sugarului (în circă 25% cazuri), care reprezintă de fapt un diagnostic de excludere și se caracterizează prin lipsa oricăror date anamnestice și morfopatologice în favoarea unei anumite cauze evidente de deces. În pofida progresului științei medicale, moartea subită a sugarului rămâne până în prezent o problemă inexplicată pe deplin și necesită o studiere multidimensională în continuare.

3. Cercetarea cadavrelor în cazul morții prin maladii deosebit de contagioase

Cercetarea decedaților de pe urma diverselor forme de boli deosebit de contagioase prevede respectarea unui spectru specific de cerințe, ce vizează condițiile înaintate față de morgă, măsurile de prevenire a contaminării personalului medical, procedeele tehnice ale autopsiei, metodele de prelevare a materialului cadaveric pentru investigații suplimentare de laborator, prevenirea răspândirii infecției în mediul ambiant, transportarea și înhumarea cadavrelor.

În aceste scopuri, normele sanitaro-epidemiologice prevăd morgi-tip cu intrări separate pentru personalul medical, pentru primirea și eliberarea cadavrelor. Morga trebuie să dispună de cameră frigorifică, rețea de canalizare, geamuri cu gratii metalice și teren pentru dezinfectarea mijloacelor de transport. Pentru respectarea regimului antiepidemic de activitate, în morgă trebuie să existe un număr suficient de unități de îmbrăcăminte protectoare, veselă sterilă, rezerve de dezinfectanți, instrumente speciale, rezervă de apă etc. În scopul asigurării protecției individuale a personalului medical, autopsia se efectuează în costume speciale (costum antipestă): șorț de mușama, cizme de cauciuc, glugă (batistă), ochelari protectori, mască de tifon, mănuși rezistente. De

regulă, autopsia se efectuează în cursul zilei şi doar în cazuri excepţionale – cu iluminare artificială. Înainte de autopsie, medicul va consulta în mod obligator instrucţiunile ce ţin de organizarea şi respectarea regimului antiepidemic prevăzut în astfel de cazuri. Totodată, până la autopsie se va înştiinţa neapărat serviciul de medicină preventivă din localitatea respectivă.

În cazul morţii prin maladii deosebit de contagioase autopsia cadavrului prezintă unele particularităţi. Astfel, pe masa de autopsie se aplică peliculă de polietilenă, menită să prevină contactul ţesuturilor cadavrului cu obiectele înconjurătoare. Intrarea în sistemul de canalizare se blochează din timp. Nu se recomandă eviscerarea organelor în complex (metoda Şor), ci examinarea lor *in situ*. Avantajul acestei metode constă în faptul că sângele şi conţinutul organelor interne rămân în cavităţile cadavrului, astfel micşorându-se esenţial probabilitatea infectării obiectelor înconjurătoare. Totodată, pentru limitarea volumului materialului biologic, nu se recomandă folosirea apei curgătoare.

Pentru cercetări bacteriologice şi virusologice se recoltează material din cele mai modificate (suspecte) sectoare, la hotarul cu ţesutul nemodificat al organului. Instrumentele se dezinfectează din timp cu spirt şi se flambează la flacăra spirtierei. Sângele din cord şi conţinutul bulelor tegumentare se recoltează cu ajutorul pipetei sau seringii şi se introduce în eprubete sterile. Fiecare piesă cadaverică se introduce în flacoane separate, ermetizate cu dop. Se recomandă a se evita atingerea materialului infectat de gâtul flaconului şi pătrunderea substanţelor dezinfectante în interiorul flaconului sau pe piese.

În scopul cercetărilor histologice se prelevează material din organele respective. Piesele cu dimensiunile 1x1x0,5 cm sau plăcuţe cu o grosime de până la 0,5 cm se fixează în soluţie de formol de 10% cu un volum de peste 20 ori mai mare decât cel al pieselor. După 10 zile de la începutul fixării, materialul poate fi supus prelucrării ulterioare. Materialul recoltat pentru cercetări bacteriologice şi histologice poate fi utilizat şi în scopul cercetărilor sero-

logice. Pe fiecare flacon se va scrie prenumele şi numele persoanei decedate, data decesului, conţinutul flaconului, data recoltării, datele medicului. În mod separat se întocmeşte şi o îndreptare adresată laboratorului respectiv, indicându-se aceleaşi informaţii.

Dezinfecţia locului de muncă, a instrumentelor şi a altor obiecte din morgă este un procedeu obligatoriu şi important în cazul depistării maladiilor deosebit de contagioase. Persoanele care vor efectua dezinfecţia curentă şi finală a localului vor fi îmbrăcate în costume şi încălţăminte speciale. Flacoanele în care se expediază materialul pentru cercetări bacteriologice, virusologice şi histologice vor fi bine închise cu căpăcele, gâturile se vor acoperi cu hârtie specială sau mănuşi de latex (cauciuc) şi se vor ligatura. Bixurile cu materialele respective se şterg cu soluţii dezinfectante şi se sigilează.

La finele autopsiei, în cavităţile toracică şi abdominală ale cadavrului se introduc tifon sau alt material îmbibat cu soluţii dezinfectante, iar deasupra se presară clorură de var sau cloramină. Cadavrul se coase minuţios prin metoda obişnuită, se şterge cu soluţie dezinfectantă, se îmbracă în hainele prezentate de rude, se înveleşte într-o plapumă îmbibată cu soluţie dezinfectantă şi se aşază în sicriu, pe fundul căruia şi deasupra cadavrului se aplică un strat de clorură de var. Sicriul se căptuşeşte pe dinăuntru cu muşama medicală (sau peliculă de polietilenă), iar capacul lui se prinde în cuie.

4. Examinarea persoanelor decedate în staţionar

Examenul medico-legal al persoanelor decedate în instituţiile medico-sanitare prezintă unele dificultăţi cauzate de:

a) schimbările morfologice ale leziunilor corporale prin procese naturale de vindecare, prin complicaţiile tardive de origine infecţioasă şi necrotică etc.;

b) leziunile iatrogene, mai ales din timpul reanimării (fracturi costale şi sternale, rupturi de organe, perforări de vase sangvine, pulmoni şi cord prin catetere etc.);

c) transfuzii masive (în procesul combaterii şocului, hemoragiilor etc.);

d) deteriorarea diferitor urme (de sânge, spermă, factori suplimentari ai împuşcăturii etc.) în procesul acordării asistenţei medicale.

În astfel de cazuri, o valoare deosebită prezintă datele privind leziunile corporale primare desemnate în foaia de observaţie clinică. De aceea, până la necropsie, medicul legist va studia toate actele medicale pe numele persoanei în cauză, notând în partea descriptivă a raportului de expertiză (sau de examinare) toate datele necesare pentru elaborarea concluziilor: starea generală a bolnavului şi aspectul leziunilor corporale la internarea în staţionar, evoluţia traumei (bolii), descrierea intervenţiilor medicale, rezultatele investigaţiilor instrumentale şi de laborator, diagnosticul clinic definitiv.

E de dorit ca la autopsie să asiste medicii curanţi (cu consimţământul ordonatorului), care îi pot da medicului legist explicaţii privitor la cazul cercetat.

Autopsia cadavrului se efectuează în conformitate cu regulamentele în vigoare, cercetându-se şi urmele intervenţiilor medicale. Se fixează starea suturilor, mai ales la nivelul organelor interne, calitatea ligaturilor vasculare, permeabilitatea anastomozelor. Pentru elucidarea particularităţilor morfologice ale leziunilor suturate, cu foarfecele se înlătură toate suturile. Fracturile osoase se examinează cu o atenţie deosebită, fiindcă ele sunt mai puţin expuse schimbărilor de regenerare, păstrându-şi aspectul primar timp îndelungat.

Recoltarea obiectelor pentru investigaţiile suplimentare de laborator se efectuează conform regulilor generale.

Membrele amputate, organele extirpate și marginile plăgilor - dacă acestea s-au păstrat - sunt supuse unui examen medico-legal. Corpurile străine depistate în procesul intervențiilor chirurgicale (gloanțe, alice, lame de cuțit etc.), după descrierea efectuată de către medicul legist, se transmit organelor de drept.

5. Cercetarea cadavrului în moarte violentă

Cel mai voluminos compartiment al medicinii legale îl reprezintă cercetarea cadavrelor persoanelor decedate în urma diverselor traumatisme, determinate de acțiunea factorilor mecanici, fizici, chimici etc. Fiecare dintre ele dispune de anumite particularități de cercetare, metode de aplicare, manifestări clinico-morfologice și interpretări medico-legale. În majoritatea cazurilor, moartea violentă se datorează acțiunii agenților mecanici.

Agenții mecanici includ corpurile contondente, obiectele ascuțite, armele de foc și dispozitivele explozibile. Acești factori traumatici se deosebesc esențial prin specificul mecanismului de acțiune și caracterul leziunilor produse. Dintre principalele posibilități de cercetare și obiectivizare a leziunilor mecanice, indiferent de agentul traumatic, fac parte:

a) metodele fără modificarea caracterelor fizice și chimice ale obiectului - macroscopică, stereomicroscopică, radiologică, ultrasonografică, traseologică, fotografică, în raze ultraviolete și în raze infraroșii;

b) metodele cu modificarea caracterelor obiectului: chimică (prin contact și difuzie, electrografică, microcristalică, cromatografică), microscopică (histologică, histochimică) și spectrală;

c) modelarea anumitor condiții experimentale de producere a leziunilor;

d) calcularea teoretică și computerizată a informațiilor.

În unele forme de traumatisme mecanice, în procesul de autopsie se efectuează suplimentar anumite procedee tehnice, se fac probe preliminare (pneumotorax, embolie), se secționează țe-

suturile moi din regiunile posterioare ale corpului, se deschide coloana vertebrală etc.

Cercetarea leziunilor mecanice la autopsia medico-legală a cadavrului se va considera deplină și eficientă doar după o examinare atentă și minuțioasă a tuturor regiunilor corpului, a complexului de țesuturi moi, oase și organe interne. Deosebit de atent trebuie examinată partea piloasă a capului și așa-numitele locuri ascunse – cavitățile nazală și orală, canalele auditive și regiunile de după pavilioanele urechilor, pliurile gâtului și cele inghinale, fosele axilare, glandele mamare și regiunea perineului.

La examenul extern se vor descrie obligatoriu **particularitățile morfologice** ale tuturor leziunilor mecanice, care includ:

1. **Localizarea leziunii** (se fixează regiunea anatomică și suprafața ei, distanța în centimetri de la punctele de reper).
2. **Înălțimea de la plante** (până la porțiunea inferioară a leziunii).
3. **Tipul leziunii** (echimoză, excoriație, plagă, fractură etc.).
4. **Forma leziunii** (se compară cu figurile geometrice; dacă forma nu poate fi comparată, se indică *de formă neregulată*).
5. **Orientarea leziunii** (față de linia mediană a corpului, organului, osului).
6. **Dimensiunile leziunii** (lungimea, lățimea, profunzimea, înălțimea) în centimetri;
7. **Culoarea leziunii și a regiunilor adiacente**.
8. **Caracterul suprafeței leziunii** (relieful, culoarea).
9. **Caracterul marginilor, pereților, capetelor, fundului leziunilor**.
10. **Prezența depunerilor sau impurităților eterogene** (în cadrul leziunii sau în jurul ei).
11. **Starea țesuturilor adiacente**.
12. **Prezența sau absența hemoragiei** în țesuturile lezate și alte semne ce reflectă vitalitatea producerii leziunii.
13. **Prezența sau absența semnelor de regenerare a leziunii**.

De menționat că, pentru identificarea obiectului vulnerant, medicul legist va indica acele semne și particularități morfologice care reflectă forma, caracterul suprafeței și alte proprietăți importante ale obiectului. Fixarea leziunilor pe scheme-imagini ale corpului, ale regiunilor anatomice va facilita înțelegerea caracterului lezional.

În **traumatismele prin obiecte contondente** medicul legist trebuie să obțină obligatoriu un spectru suplimentar de informații, pentru a stabili:

- mecanismul de formare a fiecărei leziuni în parte și a tuturor leziunilor din regiunea respectivă în ansamblu;
- tipul acțiunii traumatice capabilă să producă astfel de leziuni;
- procesul deformativ (după carcasa osoasă) al regiunii date;
- numărul acțiunilor traumatice și locul lor de aplicare;
- direcția și unghiul de acțiune ale forței cinetice;
- suprafața de interacțiune a obiectului vulnerant cu corpul victimei;
- caracterul suprafeței de interacțiune a obiectului vulnerant capabil să formeze pe corp anumite urme specifice;
- eventuala poziție a victimei în momentul traumatizării;
- prezența pe hainele decedatului a unor semne (urme) ce caracterizează forma de acțiune traumatică etc.

În **traumatismele rutiere**, suplimentar la informațiile menționate, se vor mai stabili:

- semnele și urmele traumatismului de trafic rutier;
- formele și fazele de traumatizare caracteristice unui anumit tip de vehicul;
- părțile mijloacelor de transport cu care puteau fi produse leziunile depistate;
- poziția victimei față de mașină în timpul traumatizării;
- locul primar de aplicare a loviturii;
- direcția și locul de traversare a corpului cu roțile;
- locul victimei în salonul mașinii etc.

În **precipitare** se vor mai stabili:

• semnele și urmele de pe îmbrăcăminte, încălțăminte și corpul victimei, caracteristice precipitării;

• tipul precipitării (liberă, pe scări, activă sau pasivă, coordonată sau necoordonată);

• faza precipitării;

• mecanismul traumatizării în cadrul diverselor faze și condiții de precipitare;

• localizarea leziunilor primare (locale) și secundare;

• posibila variantă de aterizare a victimei (pe cap, picioare);

• vitalitatea precipitării;

• coincidența volumului lezional cu înălțimea de la care se presupune precipitarea (căderea).

În **leziunile balistice** trebuie să se stabilească:

• prezența și localizarea plăgii împușcate;

• specificul (glonte, alice, schije) și caracterul plăgii (transfixiantă, oarbă, tangențială);

• localizarea orificiilor de intrare și de ieșire ale plăgii;

• numărul împușcăturilor, distanța lor de la plante;

• distanța tragerii (cu țeava lipită, apropiată sau mare);

• direcția canalului de rănire pe tot traiectul său;

• tipul armei din care s-a tras (de foc, de vânătoare);

• poziția victimei în momentul tragerii;

• accesibilitatea regiunii traumatizate pentru tragere cu mâna proprie;

• corespunderea numărului leziunilor de pe haine cu al celor de pe corpul victimei.

În **leziunile cu obiecte ascuțite** trebuie să se determine:

• prezența leziunilor produse prin obiecte ascuțite, localizarea, orientarea lor, înălțimea de la plante;

• dimensiunile fiecărei plăgi, caracterul marginilor, capetelor ei;

• existența și direcția canalului de rănire;

• prezența în regiunea plăgii a particulelor eterogene, a urmelor de rugină etc.;

• caracterul morfologic al firelor de păr depistate în regiunea plăgii şi pe instrumentul suspectat de producerea traumei;

• grupa de sânge a victimei şi a urmelor de pe obiectul suspectat etc.

În **asfixiile mecanice** se stabilesc forma (spânzurare, strangulare cu laţul, sugrumare etc.) şi semnele specifice; caracteristica şanţului de spânzurare sau de strangulare cu laţul, localizarea, orientarea şi vitalitatea lui; prezenţa semnelor de acţiuni violente sau de autoapărare etc.

În **intoxicaţiile acute** diagnosticul medico-legal se bazează pe un complex de informaţii: circumstanţele evenimentului, datele din documentele medicale (în cazul existenţei), rezultatele autopsiei şi cercetărilor suplimentare de laborator (toxico-narcologice, histologice, botanice etc.). Sursele intoxicaţiilor sunt cele mai diverse, în care atât tabloul clinic, timpul instalării morţii, cât şi modificările morfologice constatate la necropsie dispun de particularităţi specifice, din care motiv uneori este dificil să se concretizeze cauza nemijlocită a morţii. Deseori, în practica medico-legală se stabileşte diagnosticul „intoxicaţie cu toxic necunoscut". Aceasta se referă mai ales la cazurile de deces la domiciliu, situaţii în care lipsesc informaţiile referitoare la sursa intoxicaţiei. Şi doar rezultatele cercetărilor suplimentare de laborator indică substanţele cu care s-a produs intoxicaţia.

Cu o deosebită atenţie trebuie examinate intoxicaţiile alimentare în masă (în grădiniţe de copii, şcoli, cantine etc.), atunci când organul de urmărire penală cercetează cauzele intoxicaţiilor cu implicarea specialiştilor din sistemul sanitar-epidemiologic, medicilor legişti şi persoanelor cu atribuţii de răspundere în această privinţă. Sunt cunoscute două grupe mari de intoxicaţii alimentare: a) de origine nebacteriană sau cu produse care conţin substanţe otrăvitoare (ciuperci, plante otrăvitoare, pesticide etc.); b) de origine bacteriană. Din ultima grupă fac parte microorganismele grupei paratifoide (salmonella) sau bacteriile condiţionat patogene

(E. coli etc.). Intoxicațiile alimentare pot fi provocate și de toxinele bacilului botulinic, stafilococ etc. În aceste cazuri sunt necesare cercetări specifice de laborator (botanice, bacteriologice etc.) pentru stabilirea originii intoxicației.

6. Examinarea cadavrelor neidentificate, dezmembrate și scheletizate

În cadrul examinării cadavrelor persoanelor neidentificate, dezmembrate și scheletizate, pe lângă problemele obișnuite (cauza și data morții, caracterul și mecanismele de producere a leziunilor), medicul legist are și sarcini suplimentare (a stabili vârsta, talia, sexul victimei, semnele individuale etc.), orientate spre identificarea persoanei decedate.

Identificarea reprezintă o activitate medico-legală complexă de culegere, consemnare și analiză a unor date specifice în vederea contribuirii la stabilirea identității unei persoane decedate și include următoarele etape principale: 1) depistarea pe cadavru a semnelor ce caracterizează particularitățile individuale ale acestuia; 2) căutarea, în baza datelor obținute, a persoanelor dispărute; 3) evidențierea caracterelor individuale (pe cadavru), ce corespund cu cele ale persoanei dispărute; 4) stabilirea identității dintre cadavrul cercetat și persoana dispărută. Este de menționat faptul că de identificarea persoanei se ocupă organul de urmărire penală cu concursul medicului legist.

Determinarea particularităților individuale este bazată pe examinarea hainelor, descrierea portretului „vorbit" și a semnelor specifice de pe cadavru. La descrierea hainelor și încălțămintei se vor nota: denumirea obiectului, fasonul, măsura, calitatea stofei, marca fabricii, gradul de uzură, urmele de reparație, caracterul impurităților și leziunilor, conținutul buzunarelor etc.

Din trăsăturile exterioare ale cadavrelor persoanelor necunoscute vor fi menționate: talia, constituția, particularitățile toracelui (de ciubotar, butoi, rahitic etc.). Portretul „vorbit" constă în carac-

terizarea minuțioasă a următoarelor detalii: forma generală și particularitățile feței, frunții, sprâncenelor, ochilor, nasului, gurii, buzelor, bărbiei, pavilioanelor urechii, culoarea și forma părului, particularitățile odonto-stomatologice etc. O atenție deosebită se va atrage unor semne specifice: tatuaje, cicatrice, alunițe, bonturi postoperatorii etc.

În procesul cercetării cadavrelor dezmembrate, în primul rând trebuie stabilite:

1. **Apartenența de specie** a părților de cadavru, adică aparțin omului sau unui animal. Dacă acestea nu sunt într-o stare avansată de putrefacție și sunt prezente unele oase sau un os întreg, problema își găsește soluționarea printr-un examen medico-legal exterior. În caz contrar, se va apela la cercetări serologice, genetice și macro-microscopice comparative.

2. **Partea anatomică a corpului.** Problema se rezolvă în baza cercetării anatomice a părții de cadavru, inclusiv microscopice – când există o astfel de necesitate.

3. **Apartenența obiectelor biologice unuia sau mai multor cadavre.** Se face o cercetare comparativă a semnelor generale și particulare ale tuturor părților de cadavru, ale liniilor și planurilor de dezmembrare a țesuturilor moi, ale articulațiilor și ale oaselor, menționându-se coincidența configurației contururilor cu relieful suprafețelor de dezmembrare. Pentru identificarea persoanei vor fi utilizate reacțiile serologice și alte metode de investigație.

4. **Apartenența părții de cadavru unei piese anatomice amputate în timpul operațiilor chirurgicale.** Țesuturile moi ale preparatelor anatomice au semne de acțiune a substanțelor conservatoare (sol. 10% formol). Preparatele osoase sunt fără țesuturi moi, de obicei degresate, albe (prin acțiunea apei oxigenate).

Părțile de corp amputate drept urmare a intervențiilor chirurgicale pot avea urme caracteristice: pielea prelucrată cu tinctură de iod, suturi și ligaturi chirurgicale, urme de incizii chirurgicale, de ferestruire a oaselor etc.

5. **Mecanismul de producere şi identificarea obiectului prin care s-a produs dezmembrarea**. Mecanismul de producere a dezmembrării se va stabili în baza particularităţilor morfologice ale leziunilor de pe cadavru sau (şi) de pe părţile amputate. Pentru identificarea obiectului prin care s-a produs dezmembrarea vor fi necesare şi cercetările traseologice.

Expertiza medico-legală a cadavrelor scheletizate presupune depistarea (în primul rând) a semnelor morfologice ce caracterizează persoana în cauză. Pe oase aparte sau oseminte se va determina specia, rasa, talia, sexul, vârsta, semnele individuale etc. Obiectul vulnerant va fi stabilit prin examenul morfologic (macro- şi microscopic) al eventualelor leziuni. Constatarea cauzei morţii practic e imposibilă, mai ales în lipsa semnelor provenienţei vitale a leziunilor. Ce-i drept, examenul toxicologic al oaselor poate evidenţia unele substanţe toxice (de pildă, compuşii arsenului), iar cercetarea măduvei oaselor poate scoate în evidenţă planctonul diatomeic (în moartea prin înec).

De reţinut că, în cazurile cercetării cadavrelor neidentificate, dezmembrate şi scheletizate, obiectele supuse examinării vor fi fotografiate, se va folosi un spectru larg de cercetări suplimentare de laborator, vor fi examinate minuţios eventualele documente medicale, radiogramele, protezele dentare, vor fi confecţionate măşti postume etc. Nu rareori se cercetează şi cadavrele persoanelor exhumate.

Exhumarea este un procedeu de dezgropare a cadavrului înmormântat în vederea unei examinări (autopsii) sau reexaminări. Exhumarea este organizată şi dirijată de către reprezentanţii organelor de drept, cu respectarea cerinţelor sanitar-igienice. La faţa locului, medicul-specialist va nota starea (uscat, umed etc.) şi caracterul (nisipos, lutos, calcaros, negru etc.) pământului. Se menţionează starea sicriului. Dacă acesta este deteriorat şi există suspiciuni de otrăvire, se vor recolta probe de pământ din părţile laterale, de deasupra şi dedesubtul sicriului. Cadavrul exhumat se transportă în morgă pentru cercetare sau se examinează la locul

dezgropării. Atunci când sunt depistate numai oseminte, acestea se recoltează pentru examinare în condiţii optime. Raportul de expertiză a cadavrului exhumat se redactează în mod asemănător autopsiei obişnuite.

7. Cauzele morţii în leziunile mecanice

În traumatismele mecanice moartea este condiţionată de o leziune concretă sau de complicaţiile generate de această leziune.

Se ştie că traumatismele mecanice pot fi cauza decesului unei persoane atunci când leziunile sunt incompatibile cu viaţa, interesând organele de importanţă vitală. Spre exemplu, dezmembrarea corpului, traumatizarea creierului (lezarea creierului prin glonte, obiecte despicătoare, contondente), cordului (rupturile inimii sau ale vaselor magistrale în precipitări, leziuni prin obiecte ascuţite etc.).

Cele mai frecvente complicaţii mortale de pe urma leziunilor sunt şocul traumatic, hemoragiile, aspirarea sângelui, comprimarea organelor vitale prin sânge sau aer, emboliile, toxicoza posttraumatică, insuficienţa renală, respiratorie, precum şi complicaţiile de ordin infecţios.

O cauză a decesului poate fi *şocul traumatic*, care se instalează drept reacţie a organismului la traumă şi reprezintă o dereglare a circulaţiei sangvine periferice, cauzată de excitaţia mecanică a formaţiunilor nervoase. Patogenetic, şocul traumatic generează o hipoxie tisulară. Şocul traumatic se manifestă prin dereglări hemodinamice, respiratorii şi metabolice. Diagnosticul lui se bazează pe datele clinice existente în traumele masive (trauma şocogenă) şi pe modificările morfologice corespunzătoare stabilite la necropsie în organele interne (plămân şi rinichi „de şoc").

O altă cauză frecventă a decesului în traumatismele mecanice este *hemoragia acută (şocul hipovolemic)*, care se dezvoltă ca urmare a lezării unor vase de calibru mediu şi mare. Moartea unei persoane adulte survine la pierderea a 2–2,5 l de sânge (40–50%).

Însă în cazul lezării unor vase de calibru mare, moartea poate surveni și la pierderi de până la 1 l de sânge. Copiii, bolnavii și persoanele cu o rezistența mică a organismului pot muri în urma unei hemoragii relativ mici. Hemoragia poate avea loc atât în cavitățile corpului (hemoragie internă), cât și în afara acestora (hemoragie externă). Drept semne morfologice ale unei hemoragii acute sunt considerate: paloarea tegumentelor, lividități cadaverice insulare sau absente, ischemia organelor interne, prezența hemoragiilor sub endocardul ventriculului stâng al cordului (petele Minakov).

Aspirarea sângelui drept cauză a morții poate fi înregistrată preponderent în plăgile gâtului cu lezarea vaselor sangvine, la fracturile oaselor bazei craniului și scheletului facial. Diagnosticul morfologic se bazează pe depistarea în căile respiratorii a sângelui și a cheagurilor sangvine.

Hemoragiile abundente și hematoamele pot cauza, prin sângele revărsat, *comprimări ale organelor*. Sunt periculoase hemoragiile în spațiul pericardic (tamponada cardiacă), precum și revărsatele sangvine intracerebrale (epi- și subdurale, subarahnoidiene, intracerebrale, intraventriculare). Letale sunt considerate acumulările sangvine ce depășesc 250 ml în cavitatea pericardică și 100 ml în cavitatea craniană.

Comprimarea organelor interne poate avea loc nu doar prin sânge, ci și *prin aer*. Pneumotoraxul generează deplasarea organelor mediastinului și poate fi cauza decesului. Cel mai periculos este pneumotoraxul în supapă, deoarece permite acumularea continuă a aerului în spațiul pleural.

Stopul cardiac reflector poate fi cauza morții în cazul excitării mecanice a zonelor reflectoare (regiunea precordială, zona sinusului carotid, a plexului celiac). Diagnosticul stopului cardiac reflector este dificil; el se bazează preponderent pe semne indirecte (hemoragii în regiunile zonelor reflectoare).

Embolia gazoasă reprezintă o consecință a lezării vaselor venoase de calibru mare și constă în pătrunderea aerului în circulația sangvină și stoparea acesteia. Embolul gazos apare în circulația

mare, se vehiculează spre atriul drept, ventriculul drept şi artera pulmonară. Moartea prin embolie gazoasă se diagnostichează prin probele respective.

Embolia lipidică este o consecinţă a fracturilor oaselor tubulare mari sau a strivirii imense a ţesutului adipos. Embolia vaselor pulmonare se înregistrează relativ rar, deoarece pentru survenirea morţii este necesară blocarea a cel puţin două treimi din vasele pulmonare. Mai frecvent se produce embolia lipidică a vaselor cerebrale.

Embolia tisulară se înregistrează foarte rar şi reprezintă o consecinţă a zdrobirii ţesuturilor moi.

Complicaţiile traumelor, generatoare de deces, pot fi divizate în infecţioase şi neinfecţioase.

Tromboembolia este o complicaţie frecventă a traumelor membrelor inferioare. Pe fundalul inflamaţiei intimei venelor (tromboflebită) se dezvoltă trombi, care, dezlipindu-se, sunt vehiculaţi spre arterele pulmonare.

Anevrismele traumatice pot fi cauza decesului în perioada posttraumatică recentă sau tardivă, având un caracter latent.

Intoxicaţia cu produse de dezintegrare a ţesuturilor (toxicoză posttraumatică) se dezvoltă în cazurile comprimărilor îndelungate şi strivirii ţesuturilor, în special a celui muscular (crush-syndrome). Necroza ţesutului muscular şi mioliza condiţionează eliberarea unei cantităţi importante de mioglobină, fapt ce generează blocarea canaliculelor renale şi respectiv *insuficienţa renală acută*.

Insuficienţa respiratorie este o altă cauză a decesului, legată de complicaţiile neinfecţioase ale traumelor, în special ale celor penetrante în cavitatea pleurală, cu dezvoltarea pneumotoraxului. Insuficienţa respiratorie se poate dezvolta şi în cazul leziunilor pulmonare însemnate, şi în rezultatul complicaţiilor de ordin infecţios (pneumonia).

Complicaţiile infecţioase apar în perioadele tardive ale traumelor şi pot fi intratisulare (abces, pneumonie), intracavitare (peritonită, meningită) şi generalizate (septicemie). O complicaţie in-

fecțioasă, caracteristică plăgilor impurificate cu sol, este tetanosul, care reprezintă o infecție anaerobă și condiționează decesul prin asfixie mecanică sau paralizie a centrelor respirator și cardiovascular.

Între moarte și traumatism există o legătură de cauzalitate directă sau indirectă. Uneori, această legătură este evidentă, alteori, moartea survine prin complicații. Atunci când după provocarea leziunii mecanice și până la deces trece un timp îndelungat, legătura de cauzalitate este discutabilă, dar ea poate fi demonstrată prin persistența anumitor caractere morfologice traumatice (fracturi etc.).

8. Manifestările intravitale

Stabilirea provenienței vitale a leziunilor are o importanță deosebită, deoarece, în ultimă instanță, permite soluționarea multor probleme de ordin judiciar. Diferențierea leziunilor vitale de cele produse post-mortem este relativ ușoară, când de la producerea leziunilor și până la deces au trecut nu mai puțin de câteva ore. Și este foarte dificilă, dacă leziunile au fost provocate în perioada agonală sau imediat după moarte.

Leziunile postmortale sunt de origine accidentală sau voluntară. Cele accidentale pot fi produse de animale carnivore sau de rozătoare, de unele insecte, prin manopere de reanimare, în timpul transportării și autopsiei cadavrului. Cele voluntare sunt produse, de regulă, pentru disimularea unei crime, cadavrul fiind plasat pe calea ferată, aruncat de la înălțime, spânzurat, înecat etc. O interpretare greșită a leziunilor produse după moarte poate avea drept consecință erori judiciare grave.

Reacția vitală reprezintă un complex de modificări *generale* și *locale*, care survin în organismul viu drept răspuns la acțiunea unui agent traumatic (mecanic, fizic, chimic). Toate aceste modificări țin de existența circulației sangvine, respirației, digestiei, secreției și excreției. Ele depind de natura agentului traumatic, de

starea sănătății și reactivitatea organismului, de tipul și gravitatea leziunii, de localizarea acesteia, precum și de alți factori sau particularități individuale ale organismului viu.

Drept reacții vitale generale sunt considerate modificările posttraumatice survenite la nivelul sistemelor nervos central, endocrin, umoral, circulator, pe când cele locale cuprind toate modificările apărute ca reacție la acțiunea agentului traumatic la nivelul aplicării forței.

Din reacțiile locale fac parte: inflamația, hemoragia și infiltratul hemoragic, coagularea sângelui, retracția țesuturilor, procesele distrofice și necrotice, modificările hemoglobinei și cele enzimatice etc.

Reacțiile vitale generale includ: aspirațiile pulmonare și ingerarea, embolia (tisulară, gazoasă), modificările circulatorii, endocrine, umorale, dismetabolice etc.

Unele semne vitale denotă doar că victima, în momentul agresiunii, era în viață; altele mărturisesc și despre cauza morții sau despre modificările posttraumatice mai tardive. Dintre acestea vom evidenția: stropiturile de sânge provenite dintr-o arteră secționată, băltoacele de sânge produse dintr-un vas sangvin mare lezat, prezența carboxihemoglobinei în sânge și în țesutul muscular în cazul intoxicației cu monoxid de carbon, prezența funinginii în alveolele pulmonare în caz de moarte în incendii, peteșiile subpleurale (Paltauf) și ciuperca înecatului în submersie, peteșiile hemoragice pe mucoasa stomacului (Vișnevski) și a bazinetelor renale (Fabrikantov) în caz de moarte prin hipotermie, peteșiile hemoragice subendocardiale (Minakov) în hemoragiile acute etc.

8.1. Fenomenele vitale locale

Inflamația. Această manifestare indică cu certitudine un caracter vital al leziunilor. Despre originea vitală a leziunii vor mărturisi toate componentele macroscopice (hiperemia – rubor, tumefacția edematoasă – tumefiere, infiltrat sero-sangvinolent cu for-

mare de cruste) şi microscopice (marginaţia leucocitelor în capilare, infiltraţia leucocitară, diapedeza şi fagocitoza, liza celulară) ale inflamaţiei.

Există diferite opinii cu privire la timpul apariţiei caracterelor de inflamaţie în leziuni. Se consideră că primele semne ale inflamaţiei sunt reacţiile leucocitare (creşterea leucocitozei, marginaţia, diapedeza, aglomerările perivasculare). Reacţia leucocitară poate fi percepută de la 2–3 până la 24 ore după traumă. După J. Rakallio şi alţi autori, succesiunea fenomenelor microscopice posttraumatice este următoarea: la o oră apare ATP-aza, la 2 ore – esteraza, la 4 ore – aminopeptidaza, la 6 ore – fosfataza acidă, la 8 ore – fosfataza alcalină şi leucocitele, iar după 16 ore apar celulele sangvine mononucleare şi macrofagele. Cu alte cuvinte, gradul de manifestare a reacţiei de inflamaţie este direct proporţional cu timpul scurs de la traumă şi până la deces. Mai există şi alţi factori responsabili, cum ar fi: felul, localizarea şi dimensiunile leziunii, reactivitatea organismului, genul agentului traumatic.

Hemoragia. Cantităţi mari de sânge la faţa locului, îmbibarea hainelor cu sânge, prezenţa lui în cantităţi considerabile în cavităţile corpului (craniană, pericardică, pleurale, abdominală), anemizarea organelor interne, echimozele, peteşiile hemoragice subendocardiale – toate acestea denotă caracterul vital al leziunilor.

Unele leziuni produse imediat după deces pot sângera, mai cu seamă cele situate în zonele de hipostază. Totuşi, post-mortem se revarsă o cantitate mică de sânge, organele interne fiind anemizate incomplet.

Infiltraţia hemoragică a ţesuturilor traumatizate este unul dintre cele mai importante semne macroscopice ale reacţiei vitale locale. Dar acest semn nu întotdeauna are deplină certitudine, din motivul că extravazatele sangvine pot apărea şi post-mortem, fapt ce impune o examinare microscopică în primul rând a ganglionilor limfatici regionali, în care pot fi evidenţiate elementele figurate ale sângelui şi ale hemosiderinei.

În literatura de specialitate se menționează posibilitatea formării revărsatelor sangvine postmortale (în primele ore după deces), citându-se, pentru confirmare, datele cercetărilor experimentale pe cadavre. Comparativ cu cele de proveniență vitală, revărsatele sangvine intratisulare și echimozele traumatice postmortale sunt, de regulă, de dimensiuni mici, nu formează cheaguri, numărul de leucocite este redus, edemul traumatic lipsește. Diagnosticul macroscopic trebuie confirmat prin cercetări microscopice.

Anemia viscerală, care însoțește hemoragiile abundente, este un semn deosebit de important al hemoragiilor vitale. Sângele se poate acumula în cavitățile organismului sau se poate scurge în afara acestuia, fiind depistat la fața locului.

Coagularea sângelui. Fenomenul în cauză este un criteriu important al diagnosticului diferențial dintre leziunile vitale și cele postmortale (cu excepția cauzelor de moarte rapidă). Coagularea sângelui dispare treptat după deces. Se va ține cont de relația dintre cheag și țesuturile limfotrofe, de dimensiunile și consistența cheagului. Cheagul vital este stratificat și aderă la țesuturile adiacente. Capacitatea de coagulare se datorează fibrinei. De aceea, prezența acesteia în cheag vorbește despre vitalitate. Un semn vital cert al coagulării sângelui este tromboza – ea reprezintă o coagulare intravasculară.

Retracția țesuturilor. Drept semn al reacției vitale, retracția țesuturilor constă în îndepărtarea marginilor plăgii, ceea ce creează iluzia lipsei de substanță. Această proprietate variază de la un țesut la altul și depinde de vârsta victimei, de particularitățile structurale ale țesuturilor și ale leziunilor etc. Capacitatea de a se retracta este mai pronunțată la piele și mușchi, mai cu seamă dacă fibrele elastice și musculare sunt produse la un anumit timp de la moarte. Se recomandă ca, în fiecare caz aparte, acest fenomen să fie analizat în complex cu alte modificări cu caracter vital.

Procesele distrofice și necrotice. Procesele distrofice, necrobiotice și necrotice servesc drept reper în diferențierea leziunilor vitale de cele postmortale. Țesuturile traumatizate se caracteri-

zează prin devitalizarea celulelor implicate în proces. În cazul unei morți rapide, aceste modificări nu reușesc să apară. Procesul de necrotizare se constată mai frecvent în țesuturile din marginile leziunilor. Este necesar să se evalueze valoarea metacromazici, drept criteriu de diferențiere a leziunilor vitale de cele postmortale. Modificările regresive ale țesuturilor traumatizate trebuie scoase în evidență prin cercetări histologice și histochimice.

Modificările hemoglobinei. Transformarea hemoglobinei poate fi considerată drept modificare cu caracter vital. În primul rând, aceasta se referă la apariția hemosiderinei și hematoidinei. Prima apare la a 2-a–a 3-a zi de la traumatism, iar a doua – la a 10-a zi de extravazare. Schimbările de culoare ale revărsatelor sangvine (echimozelor) traumatice, drept urmare a modificărilor hemoglobinei, sunt reacții cu caracter vital.

8.2. Fenomenele vitale generale

În cazul traumatizării țesutului muscular (ex.: crush-syndrome), în urină și în tubii renali poate fi constatată apariția mioglobinei, **mioglobinuria** fiind considerată o reacție vitală certă.

Aspirația pulmonară și ingerarea. Prezența în alveole (nu în căile respiratorii superioare) a unor particule sau substanțe (sânge, funingine, apă, conținut gastric etc.) este o dovadă a existenței respirației în timpul traumatizării. Deci, aspirația este o reacție vitală. Ingerarea unor substanțe (corpuri străine, mase vomitive, sânge etc.) este considerată drept reacție vitală convențională, deoarece corpurile străine pot pătrunde în stomac, în anumite condiții, și după moarte.

Embolia. Orice vehiculare de substanțe prin vasele sangvine și limfatice este posibilă doar atunci când se păstrează circulația sangvină. Toate formele de embolie (lipidică, tisulară, gazoasă) sunt fenomene vitale.

Embolia lipidică apare în traumatismele foarte mari, mai ales după fracturi de bazin și femur, striviri de țesut celulo-adipos.

Moartea prin embolie lipidică va surveni mai repede dacă în circulație va nimeri o cantitate mare de grăsime. Embolia lipidică poate fi evidențiată printr-un examen histologic al plămânilor, creierului și al altor organe interne. Diagnosticul va fi sigur atunci când grăsimea va fi evidențiată microscopic în cantități considerabile în arterele mici și precapilare.

Embolia tisulară, adică mobilizarea și vehicularea în circulație a fragmentelor de țesut, poate avea loc în cazul traumatizării masive a țesuturilor.

Embolia gazoasă se produce la secționarea venelor mari ale gâtului; în unele cazuri, în avort criminal, în boala chesonierilor. La un examen histologic pot fi constatate focare de necroză în plămâni și creier, care reprezintă reacții vitale. Infarctul generat de o embolie sau tromboză este o reacție vitală indiscutabilă.

Reacția sistemului limfatic. Drept reacție vitală a organismului este considerată apariția eritrocitelor și a lipidelor în ganglionii regionali.

Modificările neuro-endocrine stau la baza șocului traumatic. Aceste modificări țin de reacția sistemelor nervos și circulator la acțiunea agentului traumatic și se manifestă prin dereglări de circulație sangvină, urmate de hipoxie tisulară. Modificările neuro-endocrine pot fi puse în evidență în special prin cercetări histopatologice.

În practica medico-legală mai sunt folosite și unele reacții vitale specifice anumitor cauze de deces. Printre acestea pot fi enumerate prezența concentrației letale de carboxihemoglobină și culoarea roșu-aprins a sângelui și a lividităților cadaverice în intoxicațiile cu monoxid de carbon: culoarea brună a sângelui și a lividităților cadaverice în intoxicațiile cu substanțe methemoglobinizante; prezența lichidului de submersie în alveolele pulmonare și în sinusul osului sfenoid; prezența spumei la nivelul cavității bucale; diluarea sângelui și hemoliza în înec etc.

Pentru a determina originea vitală și vechimea leziunilor, durata perioadei postmortale, în medicina legală se folosesc diverse

metode de cercetare: clinice, histologice, histochimice, biochimice, biofizice etc.

Metodele clinice se bazează pe diagnosticul macroscopic al modificărilor în țesuturile lezate: dinamica culorii echimozelor, aspectul inflamației, evaluarea procesului de regenerare, apariția fibrinei în locul traumat etc. Caracterele enumerate nu corespund pe deplin cerințelor actuale ale expertizei medico-legale, fiind, într-o anumită măsură, imprecise. Totuși, în medicina legală, metodele clinice se practică în complex cu alte cercetări de laborator pentru determinarea vitalității și vechimii leziunilor mecanice.

Metodele histologice au drept scop principal stabilirea dinamicii modificărilor inflamatorii și de regenerare în țesuturile și organele traumate. Dintre țesuturi, mai detaliat sunt cercetate pielea și mușchii, iar dintre leziuni – revărsatele sangvine și plăgile. Cu ajutorul amprentelor citologice din plăgi, poate fi stabilită dinamica modificărilor, în funcție de cât timp a trecut de la traumatism.

Metodele histochimice și histoenzimatice se practică de la începutul anilor 70, pentru studierea modificărilor la nivel celular și subcelular. Cu ajutorul lor, pot fi examinați ADN și ARN.

Metodele biochimice fac posibilă determinarea reacțiilor locale și generale ale organismului la traumă. În unele lucrări se propune să se determine vitalitatea echimozelor după cantitatea glucozei, glicogenului și acidului lactic, iar a plăgilor cutanate – după cantitatea aldolazei, serotoninei și histaminei în mușchi, creier și cord.

Metodele biofizice se practică preponderent pentru determinarea vitalității echimozelor și mult mai rar a plăgilor. În acest scop s-a propus să se fixeze cu precizie umiditatea, rezistența, calorimetria, electropigmentografia, termoestenziometria și termoalgheziometria pielii. În ultimele decenii, pentru determinarea vitalității leziunilor se practică două metode biofizice: 1) metoda permeabilității dielectrice relative și a conductibilității; 2) metoda de rezonanță paramagnetică electronică.

IV. CERINȚELE FAȚĂ DE DOCUMENTAREA EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE A CADAVRULUI

Dintre principalele documente care legiferează rezultatele autopsiei unui cadavru fac parte: a) certificatul medical constatator al decesului; b) raportul de expertiză (examinare) medico-legală a cadavrului. Primul este un document în baza căruia se înregistrează decesul persoanei la organele de stare civilă și permite înhumarea ei. Raportul de expertiză (examinare) medico-legală a cadavrului reprezintă un document prevăzut de art.169 al CPP al R.M., care servește drept probă de mare valoare pentru organele de drept în rezolvarea multor probleme cu caracter medical și de stabilire a adevărului socio-juridic.

1. Completarea și eliberarea certificatului medical constatator al decesului

Modul de completare și eliberare a certificatului medical constatator al decesului (Formular nr.106-e și nr.106-2/e) este aprobat prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Departamentului Tehnologii Informaționale și Departamentului Statistică și Sociologie ale Republicii Moldova nr. 132/47/50 din 29 aprilie 2004 cu modificările ulterioare (Ordinul nr. 72/23/13 din 15 februarie 2006). Stipulările acestor ordine sunt obligatorii pentru medicii tuturor instituțiilor medicale, indiferent de subordonarea lor departamentală. Avizul de eliberare a certificatului medical de deces se completează în toate cazurile – fie „prealabil" sau „final".

Certificatul medical constatator al decesului se completează prin înscrierea descifrabilă cu pixul a datelor necesare, sublinierea înscrierilor respective sau scrierea cifrelor necesare în pătrățelele corespunzătoare. Toate punctele certificatului trebuie să fie completate, iar în lipsa unor date se înscrie „necunoscut", „neidentificat" etc. Fiecare certificat trebuie să fie numerotat și să corespundă numărului de ordine din formularul nr. 106-1/e „Registru

de evidență privind eliberarea certificatelor medicale constatatoare ale decesului". Persoana responsabilă este obligată să respecte cerințele de păstrare şi eliberare a certificatelor medicale şi să asigure în continuare utilizarea lor în modul corespunzător.

În cazurile de constatare a cauzei decesului maladia HIV/SIDA, Ministerul Sănătății şi Protecției Sociale, la 12.X.2005, emite o circulară (nr. 019/2939) prin care în formularul medical constatator al decesului în mod obligatoriu se înscrie codul maladiei respective în pătrățelele din dreapta punctelor 13, 14 sau 15, conform Clasificației internaționale a maladiilor, revizia a X-a, fără a se înscrie în aceste puncte maladia în cauză cu litre.

Certificatul medical constatator al decesului în perioada perinatală se completează în conformitate cu standardele aprobate prin ordinul comun al Ministerului Sănătății, Ministerului Dezvoltării Informaționale şi Biroului Național de Statistică ale Republicii Moldova nr. 455/137/131 din 10.12.2007 şi adaptate la recomandările Organizației Mondiale a Sănătății. În instrucțiunea la acest ordin se stipulează că perioada perinatală începe cu a 22-a săptămână a sarcinii, include perioada travaliului şi se termină la expirarea a 7 zile încheiate (168 ore) de viață a nou-născutului. Instituțiile medico-sanitare efectuează în modul stabilit înregistrarea în documentația medicală primară a tuturor copiilor care s-au născut vii sau morți, având greutatea la naştere de 500 g şi mai mult, indiferent de prezența semnelor de viață. Înregistrarea actelor de naştere are loc în baza certificatelor medicale care constată naşterea.

Certificatele medicale constatatoare ale naşterii se eliberează în următoarele cazuri:

- născuților vii sau morți cu greutatea la naştere de 500 g şi mai mult, cu talia de 25 cm, a peste 22 săptămâni de sarcină încheiate, inclusiv nou-născuții cu greutatea sub 500 g – la naşteri multiple, dacă durata gravidității depăşeşte 22 săptămâni;
- tuturor nou-născuților cu greutatea la naştere sub 500 g, care au trăit după naştere mai mult de 168 ore (7 zile încheiate).

Pentru fiecare caz de deces în perioada perinatală se completează „Certificatul medical constatator al decesului în perioada perinatală” (formularul nr. 106-2/e), în modul stabilit, conform ordinului comun aprobat de Ministerul Sănătății, Departamentul Statistică şi Sociologie şi Departamentul Tehnologii Informaţionale nr. 132/47/50 din 29 aprilie 2004 „Cu privire la aprobarea certificatului medical constatator al decesului (formular nr.106-e), a registrelor şi a regulamentelor cu privire la modul de completare şi eliberare a acestora şi din 15 februarie 2006 nr. 72/23/13 „Despre modificările ordinului Ministerului Sănătății, Departamentului Statistică şi Sociologie şi Departamentului Tehnologii Informaționale nr. 132/47/50 din 29 aprilie 2004.

Înregistrarea la organele de stare civilă a copiilor născuţi morţi şi a cazurilor de deces în perioada perinatală se efectuează de către instituția medico-sanitară care eliberează certificatul medical constatator al decesului în perioada perinatală (formularul nr. 106-2/e).

După completare, certificatul medical de deces, fiind detaşat după linia ce-l separă de la avizul respectiv, se înmânează rudelor decedatului (descendenților defunctului: soțului/soției supraviețuitorului, părinților, copiilor), persoanelor împuternicite de către administrația publică locală (primărie) sau organele de urmărire penală, care au solicitat examinarea cadavrului, la prezentarea buletinului de identitate al acestora, care semnează atât pe avizul de eliberare a certificatului, cât şi în formularul 106-1/e „Registru de evidență privind eliberarea certificatelor medicale constatatoare ale decesului”. Eliberarea cadavrului fără certificatul medical constatator al decesului este interzisă.

În cazul în care înmormântarea se inițiază de către instituția medicală sau primărie, iar în cazurile medico-legale numai după obținerea permisului de înhumare dat de către ofițerul de urmărire penală, instituția medicală în mod obligatoriu completează certificatul medical constatator al decesului şi în termen de 72 ore îl prezintă organelor de stare civilă pentru înregistrare.

Toate persoanele decedate în instituţiile medicale sunt supuse autopsiei. Conducătorul instituţiei medicale este în drept să anuleze autopsia în cazuri excepţionale. Anularea autopsiei se confirmă în formă scrisă în fişa medicală a bolnavului de staţionar, cu argumentarea motivelor. Nu se admite anularea autopsiei în caz de deces în primele 24 ore după spitalizare, de boli infecţioase ori de suspiciune a acestora, de mortalitate maternă, de diagnostic clinic neclar sau incomplet şi în cazurile de deces după cercetările instrumentale de diagnostic, după acţiunile de reanimare şi terapie intensivă, după complicaţii iatrogene, după intervenţii chirurgicale curative, după transfuzie de sânge şi a substanţelor lui.

Absolut în toate cazurile de moarte violentă sau suspiciune la aceasta (leziuni corporale mecanice, otrăviri, asfixie mecanică, acţiunea temperaturilor extreme, electrotraumă, avort criminal etc.), în cazurile de deces subit al copiilor care nu s-au aflat sub supraveghere medicală, moartea persoanelor necunoscute, precum şi în cazuri de reclamaţii ale rudelor, ce ţin de calitatea tratamentului şi diagnosticului, certificatele medicale constatatoare ale decesului se eliberează de către medicul legist după autopsie, potrivit prevederilor actelor legislative şi normative în vigoare.

Este interzisă eliberarea certificatului medical fără examinarea şi constatarea personală de către medic a decesului. Certificatul medical poate fi eliberat şi de către medicul de familie, care a stabilit decesul în condiţii extraspitaliceşti, inclusiv în cazul persoanelor apte de muncă cu afecţiuni grave cronice confirmate, care au condiţionat cauza decesului – doar în baza datelor documentate ale aflării anterioare a decedatului la evidenţă, a examinării externe a cadavrului şi în cazul lipsei semnelor sau suspiciunii la moarte violentă. Dacă există semne de moarte violentă sau suspiciuni la aceasta, medicul care a constatat decesul va apela la organele de drept.

Această regulă nu se aplică pentru medicii legişti care eliberează certificatele medicale numai în baza necropsiei cadavrelor. În cazuri excepţionale şi cu permisiunea în scris a ofiţerului de ur-

mărire penală (procurorului), care solicită examinarea cadavrului, medicul legist poate elibera certificat medical constatator al decesului numai în baza examenului extern al cadavrului sau examenului intern incomplet (fără examinarea cavității craniene). Acestea pot fi cazurile de deces al persoanelor străine, în special al persoanelor de religie islamică.

2. Întocmirea raportului de cercetare medico-legală a cadavrului

Calitatea activității medico-legale este legată în mod direct de respectarea cerințelor față de veridicitatea informațiilor obținute în cadrul cercetărilor și de responsabilitatea atribuită experților. Raportul de expertiză medico-legală este unica formă procedurală în care expertul, în baza datelor obiective, își expune concluziile asupra fiecărui caz cercetat, în conformitate cu întrebările adresate pentru soluționare de către organele de drept pe diverse cauze penale și civile.

Structura raportului de expertiză medico-legală a cadavrului constă din trei părți: introductivă, descriptivă și finală (concluzională). În absența uneia dintre aceste părți, raportul respectiv își pierde valabilitatea în calitate de probă juridică. Raportul este întocmit în numele medicului care a efectuat necropsia, este parafat și semnat în trei locuri. Prima semnătură se aplică pe foaia de titlu, prin care expertului i se explică obligațiile și drepturile stipulate de art. 88 al CPP și este avertizat cu privire la responsabilitatea penală ce o poartă pentru prezentarea concluziilor false în conformitate cu art. 312 al CP al RM. A doua semnătură se aplică la finele părții descriptive a raportului, iar a treia – la sfârșitul părții finale (după concluzii).

Partea introductivă include următoarele informații:

– locul efectuării autopsiei, datele medicului (numele, funcția deținută, gradul și titlul științific, vechimea în muncă);

– datele de identitate a persoanei decedate;

– temeiul (ordonanță, solicitare) cercetării cadavrului și datele reprezentantului organului de urmărire penală;

– materialele suplimentare (foaia de observație a bolnavului de staționar etc.) prezentate expertului;

– circumstanțele faptei reluate din ordonanță, procesul-verbal de examinare a cadavrului la fața locului sau din documentele medicale;

– persoanele asistente la autopsie;

– întrebările înaintate spre rezolvare.

Partea descriptivă cuprinde toate informațiile stabilite în cadrul autopsiei – examenul extern și intern al cadavrului. Din foaia de observație a bolnavului de staționar și din alte documente medicale (dacă există) se includ principalele date ce țin de evoluția clinică a traumei (bolii) și rezultatele cercetărilor de laborator care pot avea importanță pentru elaborarea concluziilor expertale. Detaliat se descriu cercetările întreprinse, probele prealabile efectuate în procesul autopsiei, rezultatele investigațiilor suplimentare de laborator etc. După conținut și volum, partea descriptivă poate varia de la caz la caz, fiind dependentă de caracterul obiectului. Această parte se încheie cu formularea diagnosticului medico-legal.

Partea finală a raportului cuprinde concluziile expertizei, care rezultă din toate informațiile incluse în partea descriptivă.

2.1. Descrierea examenului extern

Conform multiplelor instrucțiuni și recomandări metodico-didactice speciale, este oportun ca rezultatele examenului extern al cadavrului succesiv să cuprindă:

1. Descrierea hainelor (inițial straturile superioare), marca fabricii, culoarea, calitatea stofei, gradul de uzură, deteriorările, conținutul buzunarelor, urmele de substanțe eterogene (praf, noroi etc.), petele (inclusiv cele asemănătoare cu sângele), localizarea, forma și dimensiunile acestora.

2. Sexul, vârsta potrivit aspectului exterior, talia (cm), constituția, nutriția (bună, excesivă, satisfăcătoare, diminuată).

3. Pielea: culoarea generală (palidă, pal-cenușie, pal-roz etc.); aspectul – elasticitatea, riduri, macerație, „piele de gâscă"; impurități – urme de sânge, de mase vomitive, de lubrifianți (în traumele de trafic rutier), de nisip și pământ etc.

4. Răcirea cadaverică – la palpare (cald, rece) în regiunea părților descoperite și acoperite cu haine, în axile etc., precum și temperatura cadavrului (rectală, intrahepatică etc.).

5. Lividitățile cadaverice: localizarea, caracterul (difuze, insulare), culoarea, intensitatea culorii. Prezența peteșiilor pe fundalul lividităților. Schimbarea aspectului lividităților la o presiune digitală (dispariție, paloare) și timpul necesar pentru restabilirea completă a culorii; aspectul pe secțiune – culoarea pielii (albăstrie, violacee ș.a.), hemoragia (apariția picăturilor de sânge izolate sau multiple din capilarele dermului și hipodermului).

6. Rigiditatea cadaverică: la palparea bimanuală a mușchilor și prin încercarea de a efectua mișcări de extensie și flexie în articulațiile membrelor superioare și inferioare, de punere în mișcare a mușchilor maxilari prin închiderea și deschiderea gurii.

7. Procesele de putrefacție (dacă acestea există), petele de putrefacție de culoare verzui-cenușii ori verde-brun, uneori cu vezicule cu un conținut roșu-brun; emfizemul cadaveric; desenul vascular de putrefacție etc.

8. Capul (forma), părul (lungimea, culoarea, forma). Prezența leziunilor tegumentare.

9. Fața – culoarea pielii, prezența edemului și a echimozelor.

10. Ochii – deschiși, închiși, culoarea conjunctivei palpebrale și prezența echimozelor; corneea – luciul; pupilele – forma, dimensiunile, sclera – culoarea, petele Liarche.

11. Nasul – integritatea cartilajelor și oaselor la palpare, conținutul orificiilor nazale, eliminările nazale.

12. Gura – deschisă, închisă, prezenţa prelingerilor şi a spumei la nivelul orificiului bucal, prezenţa obiectelor străine (ex.: căluşuri) în cavitatea bucală.

13. Starea dinţilor – coroniţe, proteze. Poziţia limbii în raport cu dinţii. Aspectul şi culoarea mucoasei labiale şi gingivale. Leziuni ale dinţilor, gingiilor, aspectul apofizelor alveolare, prezenţa sau absenţa revărsatelor sangvine.

14. Urechile – starea pavilioanelor auriculare (culoarea, leziuni), căile auditive (eliminări, impurităţi etc.).

15. Gâtul – lung, scurt, forma, mobilitatea, prezenţa sau absenţa leziunilor (echimoze, excoriaţii, şanţ de spânzurare etc.).

16. Toracele – forma (cilindrică, conică, aplatizată etc.), conformaţie simetrică sau asimetrică, integritatea coastelor la palpare etc.

17. Glandele mamare (la femei) – dimensiunile, forma, consistenţa, culoarea şi aspectul areolelor mamare, forma mameloanelor (conice, cilindrice, trase), prezenţa şi caracterul eliminărilor din mameloane.

18. Abdomenul – forma (balonat, tras, plan), culoarea pielii, elasticitatea peretelui anterior, prezenţa herniilor (a liniei albe, ombilicale, inghinale), dimensiunile, particularităţile, prezenţa vergeturilor (culoarea, dimensiunile, localizarea).

19. Organele genitale externe – gradul şi tipul pilozităţii pubiene (masculin, feminin), corectitudinea dezvoltării organelor genitale, prezenţa leziunilor. La cadavrele de sex masculin – eliminări din uretră (spermă, urină, puroi), localizarea testiculelor (în scrot, la nivelul inelului sau canalului inghinal etc.), prezenţa petelor pergamentoase pe scrot. La cadavrele de sex feminin – dezvoltarea labiilor genitale, culoarea mucoasei vestibulului vaginal, particularităţile himenului, conţinutul vaginului, caracterul şi culoarea eliminărilor din căile genitale.

20. Orificiul anal – deschis, închis, hemoroizi; pielea din jurul anusului – culoarea, curată sau murdară (sânge, mase fecale etc.).

21. Spatele – starea coloanei vertebrale: deformații, integritatea la palpare, revărsate sangvine din țesutul celulo-adipos subcutanat și în mușchi (pe secțiune).

22. Regiunile fesieră și sacrată – escare, leziuni, spina bifida sacrată etc.

23. Membrele superioare și inferioare – corectitudinea dezvoltării, integritatea oaselor, forma degetelor la mâini, lojele unghiale, schimbări ale pielii la nivelul mâinilor și plantelor: macerație, mărci electrice, pigmentație în jurul ulcerațiilor trofice ale membrelor inferioare, edem, dilatație varicoasă a venelor etc.

24. Revărsate sangvine în mușchii fesieri, în mușchii feței posterioare a coapselor și gambelor (la secțiune), în caz de traume mecanice – traumă de trafic, precipitare etc.

25. La finele examenului extern neapărat se notează dacă n-au mai fost depistate și alte leziuni, pe lângă cele descrise anterior, în urma cercetării locurilor camuflate (la nivelul pliurilor cutanate ale gâtului, foselor axilare etc.).

2.2. Descrierea examenului intern

Rezultatele obținute în cadrul cercetării interne a cadavrului se recomandă să fie descrise în următoarea succesiune:

1. Țesuturile moi ale capului – culoarea, umiditatea, prezența dimensiunile și culoarea hemoragiilor. Mușchii temporali, integritatea acestora, prezența revărsatelor sangvine.

2. Oasele bolții și bazei craniului – integritatea, grosimea lor pe secțiune (oasele frontal și occipital, iar în caz de leziuni osoase – osul fracturat). Fracturi și fisuri craniene (dacă există) – localizarea anatomică, forma, dimensiunile și alte particularități caracteristice.

3. Dura mater – integritatea, culoarea, tensionarea, prolabarea, gradul de umplere cu sânge a vaselor, conținutul sinusului longitudinal și al altor sinusuri, starea sângelui din lumenul acestora (fluid, cheaguri). Prezența sau absența hemoragiilor epi- sau subdurale.

4. Arahnoida și membrana vasculară (pia mater) – transparența, umiditatea, luciul, grosimea, gradul de umplere a vaselor cu sânge, opacifierea de-a lungul vaselor, aspectul lor la baza creierului, granulațiile Pachioni (arahnoide), prezența și localizarea hemoragiilor.

5. Creierul – greutatea, aspectul circumvoluțiunilor, profunzimea șanțurilor, consistența țesutului cerebral. Vasele bazei cerebrale – grosimea și elasticitatea pereților, prezența plăcuțelor ateromatoase, localizarea, culoarea și dimensiunile acestora. Conținutul ventriculelor cerebrale, culoarea lichidului cefalorahidian, cantitatea acestuia; plexurile vasculare – culoarea, starea de repletiune sangvină. Culoarea substanței albe și a celei cenușii pe secțiune (desenul arhitectural – claritatea hotarelor dintre substanța albă și cea cenușie, luciul, umiditatea), starea de repletiune sangvină (picături și dungi de sânge, cantitatea acestora). Simetria nucleelor subcorticale, starea fundului ventriculului cerebral IV, particularitățile țesutului cerebelos, punții Varolio și bulbului rahidian. Schimbări în focar ale creierului – strivit, tumori, ramolismente, revărsate sangvine (localizarea, dimensiunile, aspectul, culoarea), starea țesuturilor adiacente.

6. Hipofiza – forma, dimensiunile, culoarea, consistența.

7. Sinusurile auxiliare ale oaselor sfenoid și frontal, conținutul cavităților urechii medii.

8. Starea țesuturilor moi ale gâtului, toracelui și abdomenului, prezența sau lipsa revărsatelor sangvine, gradul de umplere a vaselor gâtului cu sânge, aspectul intimei arterelor carotide (rupturi transversale etc.).

9. Grosimea stratului celulo-adipos subcutanat al peretelui abdominal anterior la nivelul ombilicului.

10. Nivelul bolții diafragmale din ambele părți în raport cu coastele.

11. Cavitatea abdominală, aspectul peritoneului: umiditatea, culoarea, luciul, transparența, prezența modificărilor traumatice sau patologice, conținutul cavității abdominale – cantitatea, culoarea;

starea anselor intestinale (balonate, colabate), culoarea membranei seroase a lor, caracterul apendicelui vermiform şi al vaselor mezenterice. Starea ganglionilor limfatici la palpare şi secţiune.

12. Cavităţile pleurale, conţinutul (caracterul şi cantitatea lichidului), prezenţa aderenţelor, integritatea pleurei parietale, culoarea şi transparenţa ei.

13. Localizarea topografică a organelor interne (corectă, incorectă). Absenţa unor organe (de ordin congenital sau postoperatoriu).

14. Limba – culoarea mucoasei, depozite, caracterul papilelor linguale, amprente dentare, hemoragii în muşchi după secţionare.

15. Amigdalele palatine – dimensiunile, suprafaţa exterioară, consistenţa la palpare, aspectul structural la secţionare, prezenţa dopurilor de puroi.

16. Intrarea în laringe şi esofag (liberă sau nu), aspectul mucoaselor.

17. Osul hioid şi cartilajele laringiene, integritatea lor, hemoragii în ţesuturile limitrofe, mai cu seamă în jurul fracturilor.

18. Glanda tiroidă – dimensiunile, consistenţa, aspectul arhitectural, culoarea ţesutului secţionat, prezenţa unor tumori sau foliculi hipertrofiaţi.

19. Timusul – dimensiunile, forma, masa, consistenţa, culoarea pe secţiune a ţesutului.

20. Esofagul – conţinutul, culoarea mucoasei, starea pliurilor, ulceraţii pe mucoasă.

21. Căile respiratorii – permeabilitatea, conţinutul şi aspectul, culoarea mucoasei laringiene, a traheii şi bronhiilor, modificări inflamatorii, prezenţa obiectelor eterogene şi alte particularităţi.

22. Ganglionii limfatici pulmonari – dimensiunile, consistenţa, aspectul structural.

23. Plămânii – consistenţa (crepitaţie, induraţie), starea pleurei viscerale (culoarea, peteşii hemoragice, transparenţa), volumul (micşorat, mărit), structura ţesutului secţionat (culoarea, prezenţa

puroiului, a unor cavități, tumori), eliminări din lumenul bronhiilor secționate (lichid spumos sangvinolent, puroi, mucozități, conținut gastric).

24. Pericardul – tensionat sau nu, conținutul (lichid pericardic, sânge, cantitatea lor), prezența aderențelor.

25. Inima – dimensiunile, masa, depuneri de grăsime pe suprafața externă (grosimea), peteșii hemoragice sub epicard, consistența cordului. Conținutul cavităților cardiace (sânge fluid, cheaguri, trombi parietali), starea valvulelor cardiace și a vaselor mari (netede, îngroșate, deformate), a mușchilor papilari și a coardelor tendinoase, aspectul endocardului (culoarea, grosimea, prezența peteșiilor subendocardice, a cheagurilor de sânge concrescute de el etc.). Grosimea stratului muscular la nivelul ventriculelor stâng și drept, aspectul structural al miocardului secționat (culoarea, prezența și cantitatea straturilor de țesut conjunctiv, a sectoarelor cicatrizate). Starea arterelor coronariene (lumenul micșorat sau dilatat, prezența sau absența plăcuțelor ateromatoase pe intimă).

26. Aorta – lățimea ei deasupra valvelor (la bază), culoarea și caracterul intimei, prezența și caracterul plăcilor ateromatoase (petrificate, rămolite, ulcerații), prezența și localizarea unor diverticule; coarctație de aortă, anevrisme.

27. Splina – dimensiunile, masa, consistența, capsula (zbârcită, netedă, îngroșată), aspectul pulpei secționate (culoarea, gradul de dezvoltare a trabeculelor), caracterul și volumul raclajului lienal.

28. Pancreasul – dimensiunile, consistența, aspectul exterior, arhitectonica țesutului secționat și culoarea lui, prezența hemoragiilor (difuze, în focar, cheaguri concrescute cu parenchimul).

29. Ficatul – dimensiunile (lungimea, lățimea lobilor drept și stâng, înălțimea), masa, forma, suprafața (netedă, neregulată, tuberoasă), caracterul marginii anterioare, aspectul capsulei, culoarea la suprafață și pe secțiune, desenul arhitectonic (micro-, macrogranular etc.), caracterul raclajului.

30. Vezicula biliară – gradul de umplere, permeabilitatea căilor biliare, cantitatea, culoarea și densitatea bilei, prezența calculilor, grosimea peretelui, aspectul și culoarea mucoasei.

31. Stomacul – conținutul (cantitatea, consistența, mirosul, culoarea, caracterul fragmentelor de hrană nedigerată), mucoasa (culoarea, grosimea, gradul de pronunțare a pliurilor, prezența ulcerațiilor, cicatricelor, hemoragiilor), modificările vaselor gastrice.

32. Intestinul subțire – conținutul, aspectul mucoasei (culoarea, starea pliurilor, plăcilor Peyer și a foliculilor solitari, prezența tumefacției, eroziunilor, hemoragiilor etc.).

33. Intestinul gros – conținutul, aspectul mucoasei (culoarea, suprafața, starea foliculilor solitari, prezența hemoragiilor, eroziunilor, tumorilor).

34. Suprarenalele – forma, dimensiunile, masa, consistența, suprafața, culoarea stratului cortical și a celui medular pe secțiune, delimitarea hotarelor dintre acestea.

35. Rinichii – dimensiunile (pentru fiecare aparte), masa, aspectul exterior, decapsularea (ușoară, dificilă), aspectul suprafeței după decapsulare (neted, ratatinat, culoarea), consistența, culoarea și aspectul țesutului secționat, delimitarea dintre stratul cortical și cel medular, grosimea acestora. Conținutul bazinetului (calculi, nisip), culoarea mucoasei.

36. Ureterele – permeabilitatea (prezența calculilor), lățimea lumenului, starea mucoasei.

37. Vezica urinară – cantitatea de urină (în ml), culoarea și transparenta ei, aspectul mucoasei (culoarea etc.).

38. Prostata – forma, dimensiunile, consistența, aspectul la secțiune.

39. Testiculele – dimensiunile, consistența, particularitățile structurale ale parenchimului și epididimului.

40. Vaginul – culoarea mucoasei, gradul de pronunțare a pliurilor, prezența și aspectul leziunilor existente.

41. Uterul – dimensiunile (lungimea, lățimea și grosimea la nivelul fundului), forma uterului și a orificiului extern al colului

uterin (starea dopului gelatinos cervical), aspectul buzelor colului uterin și al canalului cervical (dilatat sau nu), conținutul cavității uterine, culoarea mucoasei corpului și colului uterin. În caz de graviditate se va descrie produsul de concepție – dimensiunile, aspectul, locul de implantare, resturile de membrane amniotice etc. Trompele uterine, permeabilitatea acestora, starea ligamentului lat al uterului. Greutatea uterului.

42. Ovarele – dimensiunile, forma, aspectul și culoarea pe secțiune, corpul galben al gravidității și corpul galben menstrual – recente și vechi.

43. Integritatea coastelor, oaselor bazinului și a altor oase ale trunchiului și membrelor. Starea pleurei parietale, prezența revărsatelor sangvine subpleurale.

44. Coloana vertebrală – integritatea, culoarea și transparența lichidului cefalorahidian, prezența puroiului. Starea membranelor măduvei spinării, consistența și desenul arhitectural al acesteia pe secțiune, prezența hemoragiilor, leziunilor, modificărilor patologice.

45. Prezența mirosului specific de la cavitățile și organele interne.

NOTE:

1. Se enumeră organele și țesuturile expediate pentru cercetări suplimentare de laborator: toxicologice, histopatologice, bacteriologice, speciale etc.

2. Se indică organele prelevate în scop științific, în calitate de transplant sau preparate anatomice pentru muzeu și cui au fost transmise.

3. Se descriu corpurile delicte prezentate expertului împreună cu cadavrul (obiectele prin care se presupune producerea leziunilor, lațul scos de pe gâtul spânzuratului etc.).

4. La partea descriptivă se anexează materialele ilustrate (scheme, fotografii etc.).

3. Elaborarea diagnosticului medico-legal

Noțiunea semantică *diagnostic* cuprinde toate formele de diagnostic – clinic, morfopatologic și medico-legal – care, în esență, reprezintă o succintă concluzie medicală (caracterul bolii, traumei, intoxicației etc.), ce reflectă aspectul nosologic, etiologia, patogenia, manifestările morfo-funcționale și cauza morții. Acestea trebuie să corespundă terminologiei prevăzute de Clasificația internațională a bolilor (Ed. 10) și de Nomenclatorul bolilor, recomandate de OMS.

Majoritatea medicilor clinicieni, morfopatologii și medicii legiști recunosc indiscutabil principiul patogenetic de elaborare a diagnosticului final, în care se indică legătura de cauzalitate și succesiunea cronologică de evoluare a bolii, leziunii, intoxicației etc. Este cunoscut că formularea diagnosticului medico-legal și morfopatologic se bazează pe aceleași principii. Totodată, trebuie să menționăm că diagnosticul medico-legal are, de regulă, un aspect mai mult anatomo-investigațional, în comparație cu cel patomorfologic, care este considerat mai mult clinico-anatomic.

Diagnosticul medico-legal reprezintă o sinteză a modificărilor (leziunilor) constatate la autopsie și descrise în raportul medico-legal, urmărindu-se criteriul importanței în procesul tanatogenerator și menționându-se modificările patologice după criteriul topografic sau al gravității acestora și al eventualei concurențe, de rând cu leziunile traumatice în producerea morții. Deci, diagnosticul medico-legal trebuie să includă o sinteză a proceselor patologice sau lezionale depistate la autopsie și succesiunea de evoluție a fenomenelor care au declanșat decesul. Diagnosticul se elaborează ținându-se cont de:

a) leziunea sau boala de bază și semnele morfologice care o confirmă;

b) complicațiile leziunii sau bolii de bază, care au servit drept cauză nemijlocită a morții (factorul tanatogenerator);

c) leziunile sau bolile asociate (preexistente) care nu se află în raport cauzal cu cele de bază și care nu au condiționat declanșarea morții.

În afara principiului patogenetic, la elaborarea diagnosticului medico-legal sunt necesare și principiile:

a) nosologic – patologia (trauma) de bază poate fi menționată doar în conformitate cu unitatea nosologică prevăzută de Clasificația internațională a bolilor (Ed. 10);

b) etiologic – obligatoriu se va indica etiologia bolii (leziunii) sau circumstanțele traumei;

c) topografic – indicarea regiunii anatomice patologic modificate sau traumatizate.

La formularea diagnosticului, medicul-legist e în drept să folosească termenii pur medicali, deoarece această parte a raportului nu este predestinată organelor judiciare.

Drept **boală de bază** este considerată forma nosologică care, de sine stătător sau prin complicațiile ei directe, a cauzat decesul. Drept cauze nemijlocite ale morții (indicate în certificatul constatator al decesului) sunt toate bolile, procesele patologice sau traumele, care, de sine stătător sau prin intermediul complicațiilor, au declanșat moartea sau au contribuit la instalarea ei, precum și condițiile accidentului sau acțiunile violente care au produs astfel de traumatisme.

Drept **complicație a bolii (traumei)** de bază se consideră procesele patologice (traumatice), care patogenetic (direct sau indirect) sunt legate de boala de bază. În cazul câtorva complicații, în diagnostic se înscrie cea care patogenetic prima s-a manifestat, are legătură de cauzalitate cu boala de bază și cu decesul. În calitate de complicație pot servi și consecințele intervențiilor chirurgicale, acțiunilor de reanimare și ale terapiei intensive.

În moartea prin **traumă asociată**, când se constată multiple leziuni corporale, dintre care nu se poate evidenția cea de bază, acestea vor fi enumerate în diagnostic conform regiunilor anatomice ale corpului (topografic). Exemplu: „Multiple leziuni ale cor-

pului: fracturi cominutive ale craniului cerebral, hemoragii difuze subdurale şi subarahnoidiene, în ventriculele laterale, zdrobirea lobilor frontali ai creierului; multiple fracturi bilaterale ale coastelor, fractură de stern, rupturi ale plămânilor, ficatului şi splinei. Hemotorax bilateral (1700 ml). Hemoperitoneu (900 ml)".

Noțiunea de **boală (traumă) concurentă** include formele nosologice ale bolii de bază, care separat pot provoca moartea, însă acțiunea comună a lor agravează starea bolnavului şi evoluția clinică, accelerând timpul de instalare a decesului. Exemplu: a) fractura oaselor bolții şi bazei craniene cu imensă hemoragie intracerebrală; b) combustie termică de gradul III–IIIB pe un sector de 85% de corp. Într-un caz complicat şi neclar (intoxicație cu un toxic neidentificat sau moarte prin insuficiență cardiacă de etiologie necunoscută etc.), în diagnosticul medico-legal vor fi indicate numai modificările morfologice depistate la necropsie, iar diagnosticul definitiv va fi elaborat ulterior, după obținerea rezultatelor investigațiilor suplimentare de laborator (histopatologice, toxico-narcologice etc.).

Bolile asociate – una sau mai multe identități nosologice şi sindroame, care în momentul morții nu au avut nici o legătură etiologică sau patogenetică cu boala (leziunea) de bază şi nu au influențat semnificativ asupra genezei morții. Succesiunea înregistrării numeroaselor boli asociate în diagnostic se va face ținând cont de gradul manifestărilor clinico-anatomice ale fiecărei identități nosologice.

Mai dificilă şi responsabilă este formularea diagnosticului în cazul decesului legat de procesele diagnostico-terapeutice (bolile iatrogene). Uneori, apare necesitatea de a considera consecințele acțiunilor diagnostico-curative drept boală de bază şi principala cauză a decesului. În conformitate cu clasificarea cauzelor morții a OMS, acestea pot avea loc cel mai des în următoarele cazuri:

1. Reacții alergice mortale (exemplu: şoc anafilactic la introducerea novocainei în calitate de anestezic la extracția dintelui).

2. Transfuzia sângelui de grupă necorespunzătoare (exemplu: insuficiență renală acută (necronefroză), complicație de transfuzie a sângelui de altă grupă bolnavului cu hemoragie externă produsă prin amputarea traumatică a membrului inferior în cadrul terapiei intensive).

3. Acordarea incorectă a asistenței medicale, care a cauzat decesul pacientului (exemplu: boala de bază – perforarea peretelui ventriculului drept al cordului în timpul cateterizării venei subclaviculare pe dreapta).

4. Consecințe nefavorabile ale tratamentului prescris în baza diagnosticului greșit sau în scop cosmetologic, soldat cu moartea bolnavului (exemplu: boala de bază – ulcer acut perforant al stomacului la tratament cu preparate corticosteroide pe motiv de suspiciune la colagenoză sistemică).

5. Deces după narcoză (exemplu: asfixie prin ventilare gastrică din cauza introducerii greșite a sondei de intubare în esofag).

În calitate de cauză nemijlocită a morții (boala de bază), complicațiile mortale cu caracter iatrogen se vor lua în considerație în supradozarea greșită a medicamentului, medicamente prescrise incorect, diagnostic și tratament efectuat neprofesional etc.

De menționat că problema „morții după narcoză" are nu doar aspect medical, ci și etico-moral. De aceea, medicul legist e în drept să califice cazul respectiv drept „moarte după narcoză" numai dacă se stabilește cu certitudine legătura de cauzalitate dintre acțiunea narcozei și consecințele letale.

4. Principiile de elaborare a concluziilor

Concluziile se elaborează îndată după primirea rezultatelor investigațiilor de laborator și sunt incluse în partea finală a raportului de cercetare medico-legală a cadavrului. Ele trebuie să fie redactate conform anumitor standarde de prezentare: să fie clare și înțelese, fără folosirea termenilor pur medicali, să prezinte răspunsuri concrete la întrebările înaintate spre soluționare de către

reprezentanții organelor de drept, să fie argumentate științifico-practic, să se bazeze pe rezultatele cercetărilor întreprinse, să fie obiective. Cerințele față de elaborarea concluziilor medico-legale trebuie să corespundă unor principii riguroase.

1. Motivare obiectivă – să fie confirmate prin date real depistate la autopsie și prin rezultatele cercetărilor suplimentare.

2. Abordare științifică – elaborarea în baza celor mai moderne teorii și metode contemporane științifice.

3. Argumentare exhaustivă – întemeiate profund și multilateral, încât interpretarea lor să nu admită echivocuri.

4. Expunerea concluziilor trebuie să fie deplină, concretă, consecutivă și clară la toate întrebările.

5. Concluziile nu trebuie să depășească limitele de competență profesională și să fie accesibile persoanelor fără studii medicale.

Legislația în vigoare îi permite medicului legist să abordeze în concluziile sale și răspunsuri la întrebările care nu figurează în ordonanță (solicitare), dar care pot prezenta interes pentru cercetarea cauzei. Există și cazuri când expertul nu dispune de suficiente date pentru a răspunde la întrebările solicitate, fapt ce îi rezervează expertului dreptul de a solicita materiale suplimentare. Este cunoscut că răspunsurile la unele întrebări pot fi categorice (pozitive sau negative) ori probabile.

Formularea concluziilor trebuie începută cu o prezentare introductivă, din care reiese expunerea faptelor ulterioare. Apoi expertul va răspunde consecutiv la principalele întrebări: cauza nemijlocită a morții (boala de bază sau leziunile); vechimea morții; existența leziunilor corporale (caracterul lor, localizarea, mecanismul de producere, vitalitatea lor etc.); consumarea băuturilor alcoolice înainte de moarte etc.

Din punct de vedere medical, argumentarea concluziilor se bazează pe date concrete, obținute la examinarea externă și internă a cadavrului, ținându-se cont și de informațiile din procesul-verbal de examinare a cadavrului la fața locului, de evoluția clinică

descrisă în documentele medicale, precum şi de rezultatele cercetărilor suplimentare de laborator. Toate acestea în ansamblu permit a se argumenta mecanismul de producere a traumei şi caracterul obiectului vulnerant. Nu rareori concluziile se bazează doar pe rezultatele cercetărilor de laborator.

În cazul cercetării persoanelor decedate în staţionar sau tratate în condiţii de ambulatoriu, medicul legist trebuie să confrunte diagnosticul medico-legal cu cel clinic definitiv şi să perfecteze epicriza clinico-anatomică. Ultima trebuie înscrisă în foaia de observaţie a bolnavului de staţionar sau în cartela de ambulatoriu, indicându-se:

– argumentarea diagnosticului medico-legal cu caracterizarea evoluţiei procesului patologic sau a complicaţiilor leziunii, precum şi motivarea cauzei de bază şi nemijlocite a decesului;

– evidenţierea valorii şi specificului bolilor (leziunilor) concurente, asociate şi preexistente;

– explicaţia caracterului manifestărilor clinice şi a interpretării greşite a proceselor patologice;

– analiza comparativă a diagnosticului clinic final şi medico-legal cu motivarea divergenţelor;

– indicarea diagnosticului şi spitalizării tardive şi influenţa lor asupra consecinţelor;

– evidenţierea defectelor în perfectarea documentelor medicale (foaia de observaţie a bolnavului de staţionar sau de ambulatoriu).

G. Paşinean şi G. Harin (2006), în cadrul unui studiu comparativ, arată că între diagnosticul clinic şi diagnosticul medico-legal pot exista următoarele variante:

– coincidenţa diagnosticului clinic cu cel medico-legal al bolii de bază;

– divergenţele dintre diagnosticul clinic şi cel medico-legal după boala de bază;

– divergențele dintre diagnostice după principalele complicații, care au schimbat esențial evoluția bolii de bază sau caracterul cauzei morții;

– divergențele dintre diagnostice după principalele boli asociate;

– divergențele dintre diagnosticele bolilor de nivelul doi (preexistente, combinate, concurente).

Noțiunea de divergențe dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal al bolii de bază include necoincidența diagnosticelor după principiul nosologic, după etiologia procesului patologic și după regiunea afectată. Divergențele dintre diagnosticele bolii de bază cuprind următoarele cazuri:

– abordarea greșită a bolii de bază în calitate de asociată, din care motiv principalele metode ale tratamentului au fost orientate asupra bolii stabilite incorect drept de bază;

– nediagnosticarea uneia dintre bolile incluse în componența bolii combinate de bază;

– nediagnosticarea în timpul vieții a intoxicației cu preparate medicamentoase;

– nediagnosticarea în timpul vieții a complicațiilor care au apărut în urma acțiunilor chirurgicale și terapeutice.

Pe lângă concretizarea existenței divergențelor dintre diagnostice, medicul legist va stabili și cauza acestora. G. Pașinean și G. Harin evidențiază cauze obiective și subiective ale divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel medico-legal.

Cauzele obiective ale divergențelor dintre diagnostice:

1. Timp redus de aflare în instituția medicală – până la 3 zile în cazul bolilor cronice și până la o zi pentru procese acute, care necesită ajutor medical de urgență.

2. Deficiențe în diagnosticul bolii – forme atipice, manifestări slab pronunțate, înregistrări rare ale bolii, lipsa posibilităților de diagnosticare etc.

3. Starea gravă a bolnavului – prezența contraindicațiilor pentru efectuarea procedurilor de diagnostic și tratament.

Cauzele subiective ale divergențelor dintre diagnostice:

1. Examinări insuficiente.
2. Subaprecierea datelor anamnestice.
3. Subaprecierea manifestărilor clinice.
4. Subaprecierea sau supraaprecierea cercetărilor de laborator, radiologice și a altor metode paraclinice.
5. Subaprecierea sau supraaprecierea informațiilor prezentate de consultant.
6. Elaborarea incorectă a diagnosticului clinic final.

În cazul depistării unor divergențe dintre diagnostice, medicul legist va înscrie în mod obligatoriu în epicriză categoria divergențelor (categoria greșelii de diagnostic). Ultima reprezintă caracteristica divergenței dintre diagnostice și se evidențiază atât posibilitățile obiective (sau imposibilitățile) ale diagnosticului corect stabilit în timpul vieții, cât și importanța greșelii de diagnostic pentru consecințele bolii.

Prima categorie de divergențe. Boala nu a fost stabilită la etapele precedente, iar în această instituție medicală nu a fost posibil să se stabilească diagnosticul din motive obiective, ceea ce nu a putut influența soarta bolnavului.

A doua categorie de divergențe. În această instituție medicală a fost posibilă stabilirea corectă a diagnosticului, însă boala nu s-a stabilit din motive obiective sau subiective; totodată, greșeala de diagnostic nu a influențat esențial soarta bolnavului.

A treia categorie de divergențe. Diagnosticul stabilit incorect a condiționat o tactică medicală greșită, care a și avut un rol hotărâtor în survenirea consecințelor letale.

5. Exemple şi concluzii medico-legale

Exemplul 1. Traumă craniocerebrală deschisă produsă printr-un obiect contondent cu suprafaţa limitată.

Concluzii

În baza datelor examinării medico-legale primare a cadavrului exhumat, rezultatelor investigaţiilor suplimentare de laborator, a materialelor dosarului penal şi în conformitate cu întrebările înaintate pentru soluţionare, comisia de experţi medico-legali conchide:

1. Cadavrul prezentat pentru examinare aparţine unei persoane de sex masculin, cu vârsta între 35 şi 40 ani, talia 170 cm (recunoscut ulterior).

2. Semne individuale pe cadavru nu s-au stabilit.

3. Din datele cercetării medico-legale a cadavrului (prezenţa modificărilor cadaverice tardive), circumstanţele cazului rezultă: cadavrul cet. N. putea să fie înhumat cu aproximativ 4–5 ani până la examinarea medico-legală.

4. În baza volumului şi specificului lezional constatat pe cadavru (localizarea, caracterul morfologic), se poate afirma că cea mai probabilă cauză a decesului cet. N. a fost traumatismul craniocerebral deschis.

Ţinând cont de deteriorarea pronunţată a ţesuturilor moi prin modificările cadaverice tardive, stabilirea cu certitudine a timpului survenirii morţii cet. N. după producerea leziunilor corporale nu este posibilă. Dar, volumul mare şi caracterul leziunilor depistate la nivelul craniului dovedesc că decesul putea surveni în scurt timp după cauzarea traumei.

5. La examinarea medico-legală a cadavrului s-au depistat următoarele leziuni corporale: traumă craniocerebrală deschisă: fractură înfundată a oaselor bolţii craniului; fracturi cominutive ale oaselor bolţii craniului, localizate preponderent pe dreapta, cu răspândirea fracturilor liniare secundare spre baza craniului şi scheletul facial, care au fost produse prin acţiuni traumatice (nu mai puţin de trei lovituri) cu obiecte contondente dure, cu su-

prafaţa de interacţiune limitată, ce au provocat o deformare locală şi generală a craniului, şi se califică ca vătămare corporală gravă.

Deteriorarea avansată a ţesuturilor moi, condiţionată de modificările cadaverice tardive, nu permite a se stabili vechimea leziunilor corporale, însă nu poate fi exclusă apariţia lor în timpul şi circumstanţele indicate în ordonanţă.

6. În momentul aplicării loviturilor asupra craniului, victima putea fi situată faţă de agresor în cele mai diverse poziţii, cu condiţia ca ultimului să-i fie accesibilă pentru lovire partea dreaptă a capului pătimitului. În cazul dat trauma craniocerebrală nu putea fi produsă asupra victimei în poziţie orizontală, cu regiunea temporală dreaptă amplasată pe un suport.

7. Specificul morfologic al fracturilor şi caracterul deformativ al craniului arată că leziunile corporale depistate la cadavrul cet. N. au fost produse cu un obiect contondent dur, cu suprafaţa de interacţiune limitată, posibil şi cu muchia toporului prezentat pentru examinare.

8. La cercetarea toxico-narcologică a ţesutului muscular, alcool etilic nu a fost depistat.

Exemplul 2. Traumă prin traversarea corpului cu roţile automobilului.

Concluzii

În baza informaţiilor incluse în dosarul penal şi în conformitate cu întrebările adresate spre rezolvare, comisia de experţi medico-legali conchide:

1. La cercetarea cadavrului cet. F., 72 ani, s-au constatat următoarele leziuni corporale:

În regiunea capului şi gâtului:

– plagă scalpată în regiunea piloasă a capului şi feţei, cu distrugerea ţesuturilor adiacente şi imense hemoragii;

– zdrobirea şi deformarea totală a capului cu multiple eschile osoase ale bolţii şi bazei craniene, precum şi ale scheletului facial;

– multiple rupturi meningiene, distrugerea creierului cu expulzare parțială a lui prin rupturile meningelui, fracturi osoase și plagă pe țesuturile epicraniene;

– ruptură a sistemului ligamentar al articulației atlanto-occipitale;

– imense hemoragii în țesuturile moi ale cavității bucale și ale gâtului.

În regiunea toracelui și abdomenului:

– desprinderea tegumentelor de țesuturile adiacente pe un imens sector, cu formarea „buzunărașelor" umplute cu sânge pe partea stângă a toracelui, spinării și regiunii lombare;

– multiple fracturi bilaterale ale coastelor pe 2–3 linii anatomice, cu rupturi ale pleurei parietale, mușchilor intercostali;

– ruptura discului intervertebral dintre vertebrele toracice VIII și IX, cu deplasarea parțială a corpurilor vertebrale; fractura apofizei spinoase a vertebrei toracice VIII, cu ruptura deplină a măduvei spinării și membranelor spinale la acest nivel;

– ruptură bilaterală a bolții diafragmale;

– rupturi ale pericardului, inimii, aortei toracice, lobului stâng al ficatului, suprarenalei și rinichiului pe stânga, splinei; distrucția țesutului adipos retroperitoneal pe stânga;

– deplasarea inimii și splinei în cavitatea pleurală pe stânga;

– hemoragii imense în parenchimul plămânului stâng, emfizem pulmonar.

În regiunea membrelor superioare:

– fractură închisă a ambelor oase ale antebrațului drept, cu hemoragii în țesuturile adiacente.

2. Toate leziunile depistate la cet. F. sunt intravitale, s-au produs prin compresiunea capului, gâtului, toracelui și abdomenului cu o forță compresivă mare între obiecte dure cu suprafața mare de contact în direcție antero-posterioară, supero-inferioară și de la stânga spre dreapta.

3. Acest complex lezional în condițiile traumatismului auto s-a produs prin traversarea peste cap, gât, torace și abdomen cu roțile dublate (din urmă) ale unui camion.

4. Moartea cet. F. a survenit în urma imenselor leziuni anatomice ale organelor interne, incompatibile cu viața. Între leziunile menționate și deces există legătură de cauzalitate directă și se califică ca vătămări corporale grave, periculoase pentru viață.

Exemplul 3. Traumă prin precipitare cu aterizare pe cap.

Concluzii

În baza materialelor prezentate, informațiilor din foaia de observație a bolnavului de staționar, raportului de expertiză medico-legală a cadavrului, calculelor biomecanice și în conformitate cu întrebările adresate pentru soluționare, comisia de experți concluzionează:

1. Din foaia de observație a bolnavului de staționar, unde s-a aflat timp de 23 ore cet. P., 38 ani, și rezultatele ulterioarei autopsii medico-legale s-au constatat multiple leziuni vitale de diferită vechime, gravitate și mecanisme de producere.

În regiunea capului:

– plagă scalpată (6x3,5 cm) în regiunea frontală pe dreapta;

– hemoragie (11x7x1,5 cm) în țesuturile moi ale regiunii fronto-temporale a capului;

– fractură cominutivă deschisă a osului frontal cu trecere în fractură liniară spre fosele craniene anterioară, medie și posterioară pe dreapta cu o lungime de 9,5 cm;

– fractura oaselor nazale;

– hemoragii difuze subarahnoidiene în emisferele mari ale creierului și cerebel;

– sânge fluid în toate ventriculele cerebrale, sectoare de contuzie cerebrală (1,7x0,8 cm) pe suprafața bazală a lobului occipital;

– hemoragii subconjunctivale difuze, echimoze în jurul ochilor, pe nas și buze;

– plagă contuză (1,4x0,3 cm) pe mandibulă (din foaia de observație).

În regiunea toracelui, abdomenului și bazinului:

– hemoragii difuze în regiunea hilurilor și parenchimului plămânilor;

– ruptură superficială (7x9x3 cm) a ficatului pe fața diafragmală și a lobului drept marginal;

– hemoragii difuze în țesutul adipos al rinichilor;

– ruptură a ligamentelor articulației ilio-sacrate cu deplasarea fețelor articulare și hemoragii în țesuturile adiacente;

– hematom în regiunea rectului (la laparoscopie).

În regiunea membrelor:

– multiple echimoze în regiunea ambilor umeri;

– luxație deschisă în articulația cotului pe dreapta;

– fractură deschisă a ambelor antebrațe în regiunea articulațiilor radio-carpiene cu hemoragii în țesuturile adiacente;

– multiple echimoze (de la 2,5x2 până la 4,5x6 cm) și excoriații (de la 1x0,8 până la 3x2 cm) pe tegumentele genunchilor și gambe.

2. Leziunile menționate s-au produs cu puțin timp înainte de spitalizare, prin lovituri de obiecte cu suprafața nelimitată prin care s-a acționat cu mare forță în diferite direcții, în raport cu axele corpului, și au condiționat comoție generală a corpului.

Particularitățile morfologice și localizarea acestor leziuni indică următorul mecanism de formare:

a) în regiunea capului – prin lovituri directe de obiecte dure cu suprafața nelimitată, locul aplicării forței fiind regiunea frontală; direcția de acțiune – antero-posterioară și parțial de sus în jos;

b) în regiunea toracelui și abdomenului – prin acțiunea indirectă a loviturii, manifestată prin comoție generală a corpului;

c) în regiunea bazinului – prin lovituri directe de obiecte cu suprafața nelimitată. Locul aplicării forței a fost fața posterioară a bazinului, iar direcția de acțiune – postero-anterioară și de la dreapta spre stânga;

d) pe membrele superioare – prin acțiunea indirectă a loviturii orientată pe axa membrelor de jos în sus.

Excoriațiile și echimozele pe membre s-au produs prin lovituri directe cu obiecte dure contondente, care au acționat în diferite direcții, preponderent antero-posterior.

3. Complexul lezional depistat la cet. P. în regiunile capului, toracelui, abdomenului, bazinului și membrelor putea să se formeze prin precipitare liberă de la înălțimea etajului 6 al clădirii și aterizare pe o suprafață dură (sol) cu regiunea feței și membrelor superioare. După lovitura primară pe suport, corpul cet. P., prin inerția mișcării de rotație în jurul punctului de sprijin, s-a lovit repetat cu partea dreaptă a toracelui și bazinului cu formarea leziunilor respective. Toate leziunile menționate s-au format practic într-un singur moment.

4. În baza caracterului comun al mecanismului și timpului de traumatizare, este rațional ca toate leziunile capului, toracelui, abdomenului, bazinului și membrelor să fie calificate în ansamblu drept vătămări corporale grave, periculoase pentru viață. Între ele și decesul victimei există o legătură de cauzalitate directă.

5. Cauza morții cet. P. a fost trauma asociată a capului, toracelui, abdomenului, bazinului și membrelor, soldată cu hemoragii sub membranele și în ventriculele cerebrale, contuzie cerebrală și șoc traumatic grav (din datele clinice). După formarea acestui complex de leziuni, victima, fiind fără cunoștință, nu era capabilă să efectueze mișcări și acțiuni active.

6. Conform datelor din foaia de observație a bolnavului de staționar, la cet. P., în afara leziunilor produse prin precipitare, s-au mai depistat diverse excoriații infectate, echimoze și hematoame, care nu au influențat asupra morții.

Exemplul 4. Plagă tăiată-înțepată.

Concluzii

În baza cercetării medico-legale a cadavrului și conform întrebărilor expuse spre soluționare, comisia de experți conchide:

1. La cet. L. s-a depistat o plagă tăiată-înțepată, pe suprafața laterală a gâtului pe dreapta, la o distanță de 7,5 cm de linia mediană și la 5 cm de marginea superioară a claviculei, cu secționarea deplină a venei jugulare pe dreapta.

2. La examinarea plăgii și canalului de rănire s-au constatat următoarele semne caracteristice instrumentului vulnerant: lamă plată cu tăiș unilateral; muchie în formă de „П", cu margini proeminente și grosime (lățime) de circa 0,2–0,25 cm; vârf ascuțit; lungimea maximă de penetrare a lamei – de circa 4,5 cm.

3. În plagă și traiectul canalului de rănire – semne morfologice vitale.

4. Plaga s-a produs cu o singură lovitură a lamei în direcție de sus în jos, sub un unghi aproximativ de 95° în raport cu planul orizontal, de la stânga spre dreapta și antero-posterior, sub un unghi de circa 10° față de planul frontal. În momentul penetrării, muchia lamei era orientată de la stânga în raport cu victima, iar planul lamei se afla orizontal poziției verticale a victimei. La extragere, lama a fost puțin înclinată în direcția tăișului, fără elemente de rotire.

5. Cauza morții cet. L. a fost hemoragia externă acută, condiționată de plaga tăiată-înțepată a gâtului cu secționarea deplină a venei jugulare pe dreapta, care se califică drept vătămare corporală gravă periculoasă pentru viață. Între leziunea menționată și moarte există o legătură de cauzalitate directă.

6. Cu astfel de leziuni cet. L. putea trăi și efectua acțiuni active un timp foarte scurt (câteva minute).

7. La cercetarea toxicologică în sângele cadavrului cet. L. s-au constatat 3,4‰ de etanol, concentrație ce la persoanele în viață determină o stare de ebrietate gravă.

Exemplul 5. Plagă împușcată.

Concluzii

În baza examinării medico-legale a cadavrului, rezultatelor cercetărilor suplimentare de laborator și în conformitate cu întrebările adresate spre soluționare, comisia de experți constată:

1. La cercetarea cadavrului cet. N. s-au depistat două orificii identice de intrare a glonțului (cu defect de țesut, inele de excoriație și ștergere de formă rotundă, diametru extern de circa 7,5 mm), situate pe fața anterioară a abdomenului, în regiunea rebordului costal pe stânga. Aceste orificii se prelungesc în canale paralele, penetrând în cavitatea abdominală, pe traiectul cărora sunt lezate organele interne, arterele lienală și renală pe stânga și se termină prin două orificii de ieșire a glonțului, localizate în regiunea lombară pe stânga. Plăgile au caracter lezional vital.

2. Ambele canale de rănire sunt orientate antero-posterior, parțial de la dreapta spre stânga (sub un unghi de aproximativ 105^0 față de planul sagital) și trec practic orizontal la aceeași distanță unul de altul.

3. Situarea orificiilor de intrare, direcția paralelă a ambelor canale de rănire și localizarea orificiilor de ieșire a glonțului sunt caracteristice pentru rafalele automate. În timpul tragerii, victima se afla într-o poziție aproape de cea verticală, iar persoana care a tras se afla în fața victimei.

4. Prin cercetări medico-criminalistice suplimentare ale îmbrăcămintei victimei și sectoarelor tegumentare din regiunea orificiilor de intrare a glonțului s-au depistat imprimări omogene de cupru în formă de inele ce corespund inelelor de ștergere, iar pe cămașă – și depuneri punctiforme de cupru, situate haotic pe un sector de 12x14 cm.

Rezultatele obținute demonstrează că plăgile s-au produs prin glonț de calibru 7,62 mm (cu cămașă), în limita de acțiune a particulelor metalice, dar în afara limitei de depunere a pulberii (distanță apropiată).

5. Moartea cet. N., 27 ani, a fost condiționată de plăgi împușcate în regiunea abdominală, cu lezarea splinei și rinichiului stâng, soldate cu anemizarea acută a organismului, drept consecință a hemoragiei arteriale din vasele sangvine lezate.

6. Din starea modificărilor cadaverice precoce, descrise în procesul-verbal de examinare a cadavrului la fața locului, reiese că moartea cet. N. s-a instalat cu 2–3 ore până la momentul fixării lor.

7. Fiecare dintre plăgile descrise, ca periculoase pentru viață la momentul producerii, se califică drept vătămări corporale grave. Între fiecare leziune (cu atât mai mult în ansamblu) și moartea cet. N. există o legătură de cauzalitate directă.

Exemplul 6. Deficiențe în acordarea asistenței medicale.

Concluzii

Analizând datele din documentele medicale prezentate și în conformitate cu întrebările înaintate pentru soluționare, comisia de experți medico-legali constată următoarele:

Diagnosticul „Graviditate 38–39 săptămâni. N-II. Fals travaliu. Placenta jos inserată. Colpită" stabilit pacientei H. în condițiile spitalului raional a fost corect.

Tratament medicamentos după internarea gravidei și până la naștere nu i s-a acordat, dar a fost necesară și s-a efectuat doar observarea în dinamică a stării generale.

Starea pacientei H. îndată după naștere s-a calificat corect, iar tratamentul a fost acordat adecvat.

Ulterior, în perioada după naștere, au apărut complicații în formă de defect al placentei și hemoragie uterină, care au fost tratate operativ (raclajul uterului) cu anestezie suficientă. După asemenea complicații, în nici un caz lăuza nu putea fi externată în scurt timp.

La externare din maternitatea spitalului raional lăuza nu a fost examinată suficient, iar în foaia de observație obstetricală a lăuzei H. către a 3-a zi nu s-a fixat nimic din ceea ce ar fi fost necesar. S-au efectuat doar analizele reduse ale sângelui și urinei. Investigația ultrasonografică (USG) după controlul cavității uterine a fost obligatorie. Investigația dată, în asemenea circumstanțe, determină prezența în uter a resturilor de placentă.

La internare în IMSP ICŞOSM şi C lăuzei H. i-a fost stabilit corect diagnosticul „Stare după naştere (a 6-a zi). Hemoragie uterină”, stare ce a necesitat raclajul repetat al uterului pentru a înlătura conţinutul. Acest tratament a fost necesar şi s-a acordat adecvat, sub protecţia anesteziei generale. Complicaţiile asemănătoare celor apărute la cet. H. şi tratamentul operator acordat rareori cauzează stopul cardiac (care a şi avut loc la pacientă), prezicerea căruia este imposibilă.

Conform literaturii de specialitate (Burlui D., Constantinescu C. *Chirurgie generală.* Bucureşti, 1982), tromboflebita se dezvoltă ca urmare a traumatizării intimei vaselor, creşterii coagulabilităţii sângelui şi stazei venoase, condiţii ce apar frecvent după intervenţii chirurgicale, perfuzii şi alte manipulaţii invazive, afectând în special venele profunde ale membrelor inferioare şi bazinului. Prin urmare, naşterea, intervenţiile chirurgicale, perfuziile şi aflarea îndelungată la pat, în cazul H. au putut fi cauza apariţiei tromboflebitei.

La examenul histologic al creierului pacientei H. s-au constatat: dezintegrare a neuronilor şi celulelor gliale, ischemie cu demielinizarea fibrelor nervoase, modificări caracteristice hipoxiei îndelungate a creierului, soldată cu decorticarea persoanei. Acest proces (hipoxie cerebrală cu decorticare) este rezultatul direct al încetării alimentării creierului cu oxigen, ca urmare a stopului cardiac şi celui respirator îndelungat, cu o durată mai mare de 5 minute. Stopul cardiac şi stopul respirator puteau fi constatate precoce doar în cazul monitorizării continue a pacientei H. de către medicul anestezist şi asistenta medicală anestezistă în timpul intervenţiei de chiuretare a cavităţii uterine.

După apariţia decorticării, în perioada postoperatorie (la a 6-a zi) orice manipulaţii medicale erau ineficiente şi nu puteau preveni decesul.

Volumul şi caracterul ajutorului medical de care avea nevoie pacienta H. la momentul externării din IMSP ICŞOSM şi C putea

fi acordat în aceeași măsură și în cadrul SCR. Transferarea bolnavei în secția de reanimare a spitalului raional nu a fost nicidecum cauza decesului cet. H.

În literatura de specialitate nu se indică strict care metodă de control al uterului (manual sau instrumental) este preferată. Nici una dintre aceste două metode de control al uterului nu exclude posibilitatea instalării complicațiilor care au avut loc la H. Totodată, ghidurile aprobate de MS recomandă, în cazul complicațiilor asemănătoare, efectuarea controlului manual al uterului.

În cazul H. au fost neglijate metodele contemporane de acordare a asistenței medicale în maternitatea din SCR, fapt ce a determinat externarea neadmisă din spital la a treia zi. Medicii secțiilor de prematuri au încălcat prevederile ordinului IMSP ICȘOSM și C nr. 01-19/87 din 14.07.06 „Cu privire la supravegherea și tratamentul lăuzelor internate în subdiviziunile pediatrice ale IMSP ICȘOSM și C" și nu au îndreptat lăuza H. pentru efectuarea controlului medical la medicul obstetrician-ginecolog în perioada respectivă. Medicul anestezist al IMSP ICȘOSM și C a încălcat prevederile ghidurilor și standardelor clinice, lăsând pacienta sub anestezie generală fără supraveghere, astfel omițându-se momentul instalării stopului cardiac și respirator, situație ce a dus la hipoxia cerebrală și decorticarea pacientei H.

Reținerea lăuzei H. în maternitatea spitalului raional și acordarea asistenței medicale necesare după investigațiile obligatorii puteau evita apariția hemoragiei uterine și necesitatea reinternării. Monitorizarea continuă a pacientei H. de către anestezist și asistenta medicală anestezistă a IMSP ICȘOSM și C putea permite constatarea precoce a stopului cardio-respirator și efectuarea măsurilor de resuscitare în timp util (până la apariția hipoxiei cerebrale ireversibile), astfel evitându-se apariția complicațiilor ulterioare (tromboflebita venei iliace) generatoare de deces. Prin urmare, acordarea calificată a asistenței medicale în Maternitatea SCR și IMSP ICȘOSM și C, în conformitate cu recomandările ghidurilor și altor surse de specialitate (manuale, monografii etc.), putea evita decesul cet. H.

V. EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ A PERSOANELOR

1. Noțiuni generale

Codul de procedură penală din Republica Moldova prevede efectuarea expertizei medico-legale în problemele ce țin de cercetarea infracțiunilor comise împotriva vieții și sănătății omului. Prin decizia organelor de urmărire penală sau prin hotărârea instanței de judecată mai des se examinează victimele și cu mult mai rar – bănuiții de comiterea infracțiunilor, inculpații și alte persoane.

Motivele și obiectivele examinării medico-legale a persoanelor în viață pot fi sistematizate și prezentate în modul următor:

1. Expertiza leziunilor mecanice în scopul constatării prezenței, caracterului morfologic și gradului de vătămare corporală.
2. Expertiza crimelor sexuale pentru stabilirea raportului sexual și a leziunilor corporale (în caz de viol ș.a.), stabilirea semnelor de desfrânare a minorilor etc.
3. Expertiza unor stări sexuale: determinarea sexului, maturității sexuale, capacității de reproducere, diagnosticului virginității, sarcinii, nașterii recente, avortului, contaminării venerice și cu SIDA etc.
4. Expertiza stării de sănătate a persoanei, a simulării, disimulării, agravării, bolilor artificiale și automutilării.
5. Alte genuri de expertize: constatea incapacității generale și profesionale de muncă, determinarea vârstei, stabilirea stării de ebrietate, aprecierea identității persoanei, confirmarea/excluderea paternității și maternității (filiației) etc.

Examinarea persoanei are loc, de obicei, în ambulatoriul medico-legal, policlinici și mai rar în condiții de staționar sau în alte locuri acceptabile în acest scop. Bănuitul de comiterea infracțiunii este examinat numai în prezența ofițerului de urmărire penală sau procurorului, iar copii minori – în prezența rudelor sau tutelei (pedagogului, psihologului etc.). Examinarea persoanelor la domiciliu se admite doar prin decizia în scris a organelor de drept și numai

în cazuri excepționale. În unele cazuri, persoanele pot fi examinate în biroul de lucru al procurorului, ofițerului de urmărire penală, în judecătorie sau în locurile de detenție. Scopul fiecărei examinări constă în depistarea și fixarea leziunilor corporale sau urmelor care consemnează infracțiunea. În lipsa nemijlocită a persoanei respective expertiza medico-legală poate fi efectuată în baza documentelor medicale (dacă există).

Expertiza medico-legală a persoanei este efectuată în formă de examinare medicală, în conformitate cu regulamentele respective. În mod obligatoriu se identifică persoana examinată în baza buletinului de identitate sau a altui document oficial (cu fotografie), datele cărora se înregistrează în raportul medico-legal. În anumite cazuri, pe lângă examinarea persoanei, se apelează la consultațiile altor specialiști medici sau se recomandă spitalizarea persoanei pentru efectuarea investigațiilor clinice și paraclinice.

Conducătorii instituțiilor medico-sanitare sunt obligați să contribuie, iar medicii-specialiști să acorde consultațiile necesare, să efectueze examinările clinice și paraclinice la solicitarea medicului legist.

Agravarea stării sănătății persoanei din cauza acordării ajutorului medical insuficient în urma leziunilor corporale se apreciază în comisie, cu participarea specialiștilor clinicieni din ramura respectivă.

Orice expertiză (examinare) medico-legală a persoanei prevede: familiarizarea cu circumstanțele evenimentului, studierea documentelor medicale, luarea anamnezei, examenul medical propriu-zis, realizarea metodelor speciale de investigație, elaborarea concluziilor și redactarea raportului medico-legal.

Descrierea leziunilor corporale la persoanele în viață este similară cu cea indicată anterior la cercetările pe cadavru.

2. Aprecierea gradului de gravitate al vătămării corporale

1. Expertizele şi examinările persoanelor agresate fizic sunt cele mai solicitate atât de organele de drept, cât şi de victimele agresiunilor. Aprecierea medico-legală a gravităţii vătămării corporale sau sănătăţii se efectuează conform regulamentului aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii (nr.199 din 27.06.2003), coordonat cu Procuratura Generală, Ministerul Afacerilor Interne şi Ministerul Justiţiei ale Republicii Moldova.

2. Prin vătămare corporală se înţelege prejudiciul cauzat sănătăţii prin dereglarea integrităţii anatomice a organelor şi ţesuturilor sau a funcţiilor acestora, provocate de acţiunea diferiţilor agenţi externi: mecanici, fizici, chimici, biologici, psihici.

3. Expertiza medico-legală a gravităţii vătămării corporale se efectuează numai în baza ordonanţei în scris, emisă de către ofiţerul de urmărire penală, de procuror sau prin hotărârea instanţei judecătoreşti.

4. Examinările medico-legale ale gravităţii vătămării corporale a persoanelor se efectuează la solicitarea în scris a organelor de drept (procuratura, comisariatul de poliţie, instanţa de judecată), precum şi la cererea persoanei interesate.

5. În cazurile examinărilor medico-legale la cererea persoanei şi constatării vătămărilor corporale evaluate cu calificativul *grave* sau *medii*, medicul legist este obligat să informeze organele de resort.

6. În cazul efectuării expertizei medico-legale a gravităţii vătămării corporale se întocmeşte „Raport de expertiză medico-legală", iar în caz de examinare medico-legală la solicitarea organelor de drept sau la cererea persoanei vătămate – „Raport de examinare medico-legală".

7. Expertiza medico-legală a gravităţii vătămării corporale este efectuată de către medicul legist în formă de examinare medicală a persoanei, în conformitate cu Regulamentul, cu alte instrucţiuni şi indicaţii metodice în vigoare.

8. Efectuarea expertizei fără examinarea persoanei, în baza documentelor medicale autentice (foaia de observaţie a bolnavului de staţionar, cartela de ambulator a bolnavului etc.), se admite în cazurile când examinarea de către medicul legist a persoanei respective este imposibilă. Din documentele medicale se extrag toate informaţiile referitoare la caracterul lezional, evoluţia clinică a traumei (maladiei), rezultatele investigaţiilor instrumentale şi de laborator, intervenţiilor chirurgicale şi alte date importante, necesare pentru obiectivizarea expertizei.

9. În cazurile necesare medicul legist recurge la consultaţiile specialiştilor din sistemul medico-sanitar, inclusiv cu spitalizarea persoanei şi efectuarea investigaţiilor clinice şi paraclinice. Dacă documentele necesare nu sunt prezentate medicului legist, el e în drept să se adreseze persoanei care a dispus expertiza cu un demers pentru prezentarea suplimentară a materialelor respective.

10. Conducătorii instituţiilor medico-sanitare de stat sunt obligaţi să contribuie, iar medicii specialişti să acorde consultaţiile necesare, să efectueze examinările clinice şi paraclinice la solicitarea medicului legist.

11. Agravarea stării sănătăţii victimei (a persoanei) din cauza deficienţelor în acordarea asistenţei medicale de pe urma leziunilor corporale se apreciază în comisie, cu participarea specialiştilor din domeniul respectiv.

12. Determinarea şi evaluarea deficienţelor în intervenţiile medicale se efectuează numai în cadrul expertizei medico-legale în comisie.

13. Gravitatea vătămării corporale la persoanele cu maladii preexistente se va constata numai în baza consecinţelor posttraumatice. În asemenea cazuri, medicul legist va determina şi va indica influenţa traumei asupra evoluţiei bolii (acutizarea bolii, influenţa asupra tanatogenezei etc.) împreună cu specialiştii de profil.

14. În caz de diversitate a vechimii leziunilor corporale, se apreciază gravitatea fiecărei leziuni aparte.

15. La lezarea unui segment al corpului, defectat anatomo-funcțional parțial sau total anterior, se stabilesc doar consecințele traumei.

16. În caz de deces, medicul legist este obligat să precizeze gravitatea vătămării corporale și raportul de cauzalitate dintre traumă și moarte.

17. Gravitatea vătămării corporale nu se apreciază, dacă:

– diagnosticul leziunii sau bolii (stării patologice) la persoana agresată nu este stabilit cu certitudine (tabloul clinic are un caracter neclar, investigațiile clinice și de laborator au fost insuficiente etc.);

– consecința nepriméjdioasă pentru viață a vătămării corporale la moment este nelămurită;

– persoana în cauză refuză investigațiile suplimentare necesare sau nu se prezintă la examinarea repetată.

În aceste cazuri, medicul legist indică în concluziile sale cauzele ce nu permit determinarea gravității vătămării corporale, menționează ce materiale suplimentare sunt necesare pentru soluționarea problemei date (documentele medicale, datele investigațiilor de laboratort etc.) și stabilește termenul examinării repetate.

Imposibilitatea precizării gradului gravității vătămării corporale nu-l scutește pe medicul legist de rezolvarea altor probleme puse spre soluționare expertizei medico-legale.

18. Eliberarea unor concluzii prealabile, ipotetice, cu privire la gravitatea vătămării corporale, se interzice.

19. Stabilirea stării (bolii) de narcomanie, toxicomanie, infectare premeditată cu SIDA sau cu alte boli venerice se efectuează în comisie cu concursul specialiștilor respectivi.

20. „Raportul de expertiză" se eliberează persoanei care a dispus expertiza concretă sau altor colaboratori ai organelor de resort numai la prezentarea legitimației. „Raportul de expertiză" poate fi eliberat și altor colaboratori ai organelor de resort sau persoanei examinate, la prezentarea procurii eliberate de persoana

care a numit expertiza şi legitimaţiei de serviciu sau buletinului de identitate, contra semnăturii în registrul de evidenţă a expertizelor şi examinărilor medico-legale pe persoane.

21. Gradul de gravitate a vătămării corporale se stabileşte în baza criteriilor elaborate pentru fiecare grad de gravitate.

22. Pentru a determina gradul de gravitate al vătămării corporale, este suficientă prezenţa unuia dintre semnele calificative. În caz de asociere a câtorva criterii calificative, gravitatea vătămării se stabileşte după acel semn care corespunde unei vătămări mai grave, cu excepţia criteriului incapacităţii de muncă, când ea este determinată prin sumarea procentelor. Gradul vătămării corporale se determină separat doar dacă se indică în ordonanţă.

23. Volumul incapacităţii permanente de muncă se determină în conformitate cu Regulamentul organelor de expertiză medicală a vitalităţii din Republica Moldova, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 470 din 29.08.91. Expertiza medico-legală, în baza acestui criteriu, se efectuează numai după definitivarea consecinţelor vătămării corporale, confirmate prin date obiective.

24. Gradul de gravitate a vătămării corporale după criteriul dereglării sănătăţii se determină conform timpului necesar pentru restabilirea sănătăţii, în funcţie de volumul şi caracterul lezional (în zile).

25. Se stabilesc următoarele grade de gravitate a vătămării integrităţii corporale sau a sănătăţii:

– vătămare gravă;
– vătămare medie;
– vătămare uşoară;
– leziuni corporale fără cauzarea prejudiciului sănătăţii.

2.1. Vătămare gravă a integrității corporale și sănătății

1. Vătămarea corporală gravă poate fi calificată numai în baza următoarelor criterii: prezența pericolului pentru viață, a anumitor consecințe posttraumatice, neprimejdioase pentru viață – pierderea anatomică a unui organ sau a funcției lui; întreruperea posttraumatică a sarcinii; desfigurarea ireparabilă a feței; infirmitatea psihică postagresională; incapacitatea generală de muncă cu caracter permanent, în volum considerabil, dar nu mai mic de 33%.

2. Periculoase pentru viață sunt considerate vătămările corporale care prezintă un pericol iminent-imediat, tardiv sau potențial, ca leziunea să determine moartea, indiferent dacă acest pericol a fost înlăturat printr-un tratament medical sau datorită reactivității individuale a organismului.

3. Vătămare corporală gravă, periculoasă pentru viață, se consideră:

– fracturile deschise ale craniului, inclusiv fără lezarea creierului și a membranelor meningiene;

– fracturile închise ale oaselor bolții sau bazei craniului, cu excepția oaselor scheletului facial și fisurilor izolate ale lamelei externe a bolții craniului;

– contuzia cerebrală gravă cu sau fără compresiunea creierului, contuzia cerebrală medie însoțită de semne obiective de afectare bulbară.

Toate formele diagnosticului clinic „Comoție cerebrală, contuzie cerebrală" se expertizează în baza Indicațiilor metodice „Aprecierea medico-legală a gravității vătămării corporale în traumele craniocerebrale", aprobate prin ordinul nr. 157 din 30.05.2005 al Ministerului Sănătății.

4. Hemoragiile intracraniene: hematom extra- sau subdural, hemoragii subarahnoidiene sau intracerebrale – atunci când ele sunt asociate cu dereglări periculoase pentru viață, obiectivizate prin semnele neurologice și neurochirurgicale respective.

5. Leziunile penetrante ale coloanei vertebrale, inclusiv cele fără lezarea măduvei spinării.

6. Fracturo-luxațiile și fracturile corpurilor sau ambelor arcuri ale vertebrelor cervicale, fracturile unilaterale ale arcurilor vertebrelor cervicale I sau II, fractura apofizei odontoide a vertebrei cervicale II, inclusiv cele fără dereglarea funcției măduvei spinării.

7. Luxațiile și subluxațiile vertebrelor cervicale soldate cu semne clinice periculoase pentru viață.

8. Leziunile închise ale regiunii cervicale a măduvei spinării.

9. Fracturile și fracturo-luxația unei sau a câtorva vertebre toracice sau lombare, leziunile închise ale segmentelor toracice, lombare sau sacrate ale măduvei spinării asociate cu un șoc spinal confirmat clinic sau cu dereglarea funcțiilor organelor bazinului.

10. Leziunile penetrante ale faringelui, laringelui, traheii, esofagului (din partea tegumentelor sau a mucoasei).

11. Fracturile închise ale cartilajelor laringiene sau ale traheii cu lezarea mucoasei, asociate cu un șoc grav sau dacă sunt însoțite de o stare primejdioasă pentru viața victimei.

12. Fracturile închise ale osului hioid, lezarea glandelor tiroidă și paratiroidă, însoțite de dereglarea respirației cu semnele unei hipoxii cerebrale profunde sau alte stări primejdioase pentru viață.

13. Leziunile cutiei toracice penetrante în cavitățile pleurale, pericardică, cu sau fără lezarea organelor interne.

Emfizemul subcutanat localizat, constatat în cazul leziunilor toracelui, nu poate fi considerat drept semn cert al leziunilor penetrante atunci când lipsesc fenomenele hemo-pneumotoraxului, iar comunicarea canalului de rănire cu cavitatea pleurală este dubioasă.

14. Leziunile abdomenului penetrante în cavitatea peritoneală cu sau fără lezarea organelor interne; plăgile deschise ale organelor spațiului retroperitoneal (rinichilor, suprarenalelor, pancreasului etc.); leziunile penetrante ale vezicii urinare, segmentelor superior și mediu ale rectului.

15. Leziunile închise ale vaselor magistrale şi ale organelor cavităţilor toracică, abdominală şi bazinului, ale organelor spaţiului retroperitoneal, ale diafragmei, prostatei, ureterelor, inclusiv rupturile subcapsulare ale organelor, confirmate obiectiv prin semne periculoase pentru viaţă.

16. Fracturile deschise ale oaselor tubulare lungi (humerus, femur şi tibie), leziunile deschise ale articulaţiilor coxo-femurale şi genunchiului; fracturile închise ale osului femural.

17. Gravitatea vătămării corporale în cazul fracturilor deschise ale radiusului, ulnei şi fibulei; fracturilor închise ale articulaţiilor mari (scapulo-humerală, a cotului, radio-carpiană, talo-crurală) se determină în funcţie de pericolul pentru viaţă sau de gradul incapacităţii permanente de muncă.

18. Fracturile oaselor bazinului, asociate cu un şoc grav sau cu ruptura porţiunii membranoase a uretrei.

19. Leziunile însoţite de un şoc grav promovat de o hemoragie abundentă internă sau externă, ce antrenează un colaps; de o embolie grăsoasă ori gazoasă clinic confirmată; de o toxicoză traumatică cu fenomene de insuficienţă renală acută, de alte stări periculoase pentru viaţă.

20. Lezarea unui vas sangvin mare: aorta, arterele carotide, subclaviculare, axilare, brahiale, cubitale, iliace, poplitee, precum şi a venelor ce le însoţesc.

Gravitatea vătămării corporale în cazul lezării altor vase sangvine periferice se determină în mod individual, în funcţie de pericolul pe care-l prezintă pentru viaţă.

21. Arsurile termice de gradele III şi IV cu lezarea a mai mult de 15% din suprafaţa corpului; arsurile de gradul III a peste 20% din suprafaţa corpului; arsurile de gradul II cu antrenarea a mai mult de 30% din suprafaţa corpului, precum şi arsurile cu o suprafaţă mai mică, dar asociate cu un şoc grav; arsurile căilor respiratorii cu fenomene de edem şi structură a glotei.

22. Barotrauma, electrocutarea, hipotermia şi arsurile chimice (prin acizi concentraţi, baze alcaline, diverse substanţe cauterizante),

care au generat, pe lângă modificările locale, şi manifestări patologice generale, periculoase pentru viaţă.

23. Compresiunea organelor gâtului, precum şi alte genuri de asfixie mecanică, asociate cu un complex pronunţat de fenomene periculoase pentru viaţă (dereglarea circulaţiei sangvine cerebrale, pierderea cunoştinţei, amnezia etc.), confirmate prin date obiective.

24. Stări periculoase pentru viaţă, condiţionate de acţiuni traumatice în regiunile şocogene (reflexogene) – plexul sinocarotid al gâtului, plexul ciliar, organele genitale masculine etc.

Vătămările corporale grave, calificate în baza consecinţelor neprimejdioase pentru viaţă:

- ***Pierderea anatomică a unui organ sau a funcţiei lui.***
- ***Pierderea vederii*** – orbirea completă stabilă la ambii ochi sau o aşa stare când are loc diminuarea acuităţii vederii până la enumerarea degetelor la o distanţă de doi metri şi mai puţin (acuitatea vederii 0,04 dioptrii şi mai mică).

Pierderea vederii la un singur ochi are drept consecinţă incapacitatea permanentă de muncă mai mult de 1/3 (o treime) face parte din vătămările grave.

Gradul de gravitate al vătămării în cazul lezării unui ochi orb, ce impune enucleaţia acestuia, se determină în funcţie de durata dereglării sănătăţii.

- ***Pierderea auzului*** – surditate completă sau o aşa stare ireversibilă când victima nu percepe vorbirea obişnuită la o distanţă de 3–5 cm de la pavilionul urechii.

Pierderea auzului numai la o ureche antrenează o incapacitate permanentă de muncă mai puţin de 1/3 (o treime) şi face parte din vătămările de grad mediu.

- ***Pierderea graiului*** – pierderea capacităţii de a-şi exprima gândurile prin sunete articulate, recepţionate clar. Această stare poate fi condiţionată de pierderea limbii, de afecţiuni anatomofuncţionale ale coardelor vocale sau de origine nervoasă (a centrilor respectivi din sistemul nervos central).

• ***Pierderea mâinii sau piciorului*** – detaşarea lor de la trunchi sau pierderea funcţiilor acestora (paralizia sau o altă stare care exclude funcţionarea lor).

Prin pierderea anatomică a mâinii se subînţelege detaşarea completă de la trunchi mai sus de articulaţia radio-carpiană, iar a piciorului – mai sus de nivelul articulaţiei talo-crurale; celelalte cazuri trebuie considerate drept o pierdere a unei părţi a membrului, având drept criteriu de calificare incapacitatea permanentă de muncă.

• ***Pierderea capacităţii de reproducere*** – pierderea capacităţii de coabitare, fecundare, concepere şi naştere.

• ***Întreruperea sarcinii*** face parte din vătămarea corporală gravă, dacă nu este o consecinţă a particularităţilor individuale ale organismului (uter infantil, plasmoză, devieri anatomice ale bazinului etc.) şi dacă se află în legătură cauzală directă cu trauma.

Expertiza medico-legală în astfel de cazuri se efectuează împreună cu medicul obstetrician-ginecolog.

• ***Desfigurarea ireparabilă a feţei şi regiunilor adiacente*** (pavilioanele urechilor, regiunile anterioare şi antero-laterale ale gâtului). Medicul legist nu califică vătămarea feţei şi a regiunilor adiacente drept desfigurare (sluţire), deoarece această noţiune nu are caracter medical şi nu ţine de competenţa medicinii. Expertul stabileşte doar caracterul leziunii şi gradul de gravitate al vătămării corporale în conformitate cu prevederile regulamentului în vigoare, constatând doar dacă acestea sunt sau nu reparabile.

Prin vătămare reparabilă se înţelege o micşorare considerabilă a gradului de pronunţare a modificărilor morfologice (a cicatricei, deformaţiei, a dereglării mimicii etc.) pe parcursul timpului sau sub influenţa mijloacelor de tratament conservativ, nechirurgical. Dacă însă pentru înlăturarea vătămării ori a consecinţelor acesteia este necesară o intervenţie chirurgicală (o operaţie cosmetică), leziunea este considerată ireparabilă.

• ***Infirmitatea psihică postagresională*** (boală psihică) se stabileşte în cadrul expertizei psihiatrice cu concursul medicului legist în conformitate cu regulamentul respectiv, ţinându-se cont de legătura de cauzalitate dintre traumă şi dereglarea psihică.

• ***Pierderea stabilă a capacităţii generale de muncă în volum considerabil.***

Orice vătămare a integrităţii corporale sau a sănătăţii, care a condiţionat o incapacitate stabilă de muncă în volum considerabil, dar nu mai mic de 33%, se califică drept vătămare gravă.

• Pierderea deplină a capacităţii profesionale de muncă se stabileşte în conformitate cu regulamentul în vigoare numai la necesitate, prin ordonanţa organului de urmărire penală sau prin hotărârea instanţei de judecată.

• La invalizi, incapacitatea generală şi permanentă de muncă, generată de vătămarea corporală, se stabileşte ca şi la persoanele practic sănătoase, indiferent de invaliditate şi grupa acesteia.

• La copii, incapacitatea de muncă se stabileşte ca şi la persoanele adulte, conform regulamentului în vigorare.

2.2. Vătămare corporală medie

Criteriile de calificare a vătămării corporale medii:

a) lipsa pericolului pentru viaţă;

b) lipsa tuturor consecinţelor prevăzute de regulament, cu referinţă la vătămarea corporală gravă;

c) dereglarea sănătăţii de lungă durată;

d) incapacitatea permanentă însemnată de muncă.

• Medicul legist constată caracterul şi durata bolii sau a dereglării sănătăţii cauzate de vătămarea corporală în baza datelor medicale obiective şi a celor concretizate în cadrul efectuării expertizei.

• Printr-o dereglare a sănătăţii de lungă durată se subînţeleg consecinţele determinate nemijlocit de vătămare (maladii, dereglări de funcţii etc.), care au o durată de peste 3 (trei) săptămâni (mai mult de 21 zile).

• Printr-o incapacitate permanentă şi însemnată de muncă trebuie înțeleasă o incapacitate generală de muncă în volum mai mare de 10%, dar nu mai mic de 33% (o treime).

2.3. Vătămare corporală uşoară

Criteriile de calificare a vătămării corporale uşoare:
a) dereglarea sănătății de scurtă durată;
b) incapacitatea stabilă şi neesențială de muncă.

• Dereglarea sănătății de scurtă durată este determinată nemijlocit de leziunea corporală şi durează peste 6 zile, dar nu mai mult de 21 zile (trei săptămâni).

• Prin incapacitate permanentă şi neînsemnată de muncă se subînțelege o incapacitate generală de muncă în volum de până la 10%.

2.4. Leziuni corporale fără cauzarea prejudiciului sănătății

Din leziunile corporale ce nu cauzează prejudiciu sănătății fac parte leziunile ce nu generează o incapacitate permanentă de muncă şi nici o dereglare a sănătății sau determină o dereglare a sănătății până la 6 zile.

2.5. Bătăile, chinuirea şi torturarea

Bătăile, chinuirea şi torturarea reprezintă un gen specific de acțiune asupra organismului.

• Bătăile se caracterizează prin aplicarea loviturilor multiple şi repetate. Dacă bătăile provoacă vătămări corporale şi deteriorează sănătatea, gravitatea acestora se stabileşte în conformitate cu prevederile prezentului regulament. În cazurile când în urma bătăilor n-au fost depistate vătămări corporale şi de sănătate, medicul legist notează în Raportul de expertiză medico-legală (Raportul de examinare medico-legală) acuzele persoanei examinate,

iar în concluzii indică: „Semne obiective de vătămări corporale și de sănătate n-au fost depistate”.

• Chinuirea reprezintă acțiuni care îi provoacă victimei suferințe prin privațiunea de hrană, băutură, căldură, ori prin plasarea sau abandonarea victimei în condiții nocive pentru viață.

• Torturarea se manifestă prin acțiuni ce produc dureri perseverente, repetate sau îndelungate (prin pișcături, biciuiri, împunsături cu obiecte înțepătoare, prin cauterizări cu agenți termici sau chimici etc.).

Constatarea acțiunilor de tipul bătăilor, chinuirii sau torturii este de competența procuraturii, instanței judecătorești și a altor organe de anchetă penală. Medicul legist are obligația numai de a constata prezența, caracterul și vechimea vătămărilor corporale și a sănătății generate de anumite acțiuni menționate, agentul vulnerant și semnele modului de producere a vătămărilor în baza datelor medicale.

3. Expertiza stărilor și infracțiunilor sexuale

Expertiza obstetrico-ginecologică se efectuează la solicitarea organelor de drept pentru rezolvarea unor probleme ce țin de concepție, graviditate, naștere și avort recent sau de alte infracțiuni sexuale. În cazul infracțiunilor sexuale, în afara victimei, se examinează și cel bănuit de comiterea infracțiunii.

În cadrul expertizei medico-legale a stării sexuale se determină: sexul, maturitatea sexuală, semnele virginității, capacitatea sexuală, starea de graviditate, avort și naștere recentă. Aceste forme de expertize se bazează, în mare măsură, pe principiile și metodele practicate în disciplinele medicale clinice și se efectuează de către medicii legiști cu o pregătire profesională înaltă.

Cu mult mai complicate sunt expertizele infracțiunilor sexuale, din care fac parte: violul; raportul sexual sau pervertirea persoanelor care n-au atins vârsta de 16 ani; constrângerea femeii

la un raport sexual. Din această categorie fac parte şi expertizele privitor la contaminarea de o boală venerică şi SIDA.

Violul reprezintă un raport sexual contra voinţei persoanei, realizat prin aplicarea forţei fizice, ameninţări sau profitări de starea neputincioasă a victimei. Constatarea violului ţine de competenţa organelor de drept. Sarcina principală a expertizei medico-legale constă în stabilirea diagnosticului pozitiv al raportului sexual şi în evidenţierea semnelor care certifică constrângerea fizică (acţiuni violente) sau imposibilitatea acesteia de a se apăra ori a-şi exprima voinţa.

Printr-un raport sexual fiziologic se presupune satisfacerea atracţiei sexuale prin intromisiunea organului viril în vagin sau vestibulul vaginal, chiar dacă intromisiunea n-a fost asociată cu o deflorare sau ejaculare. Diagnosticul pozitiv al raportului sexual se bazează pe următoarele semne: deflorarea, prezenţa spermei în căile genitale ale victimei, a firelor de păr de la partener, graviditatea şi contaminarea de boli venerice.

Dacă femeia a fost virgină, partea obiectivă o constituie prezenţa rupturilor himenale, mai cu seamă a celor recente. Acest diagnostic este posibil pe parcursul primelor 7–10 zile după raportul sexual. Mai târziu semnele deflorării recente dispar treptat, urmând procesul de cicatrizare a rupturilor himenale. La fetiţele de vârstă mică se produc rupturi imense, care se răspândesc pe perineu, vagin, rect şi au consecinţe foarte grave, inclusiv mortale. Raportul sexual la femei se confirmă prin constatarea spermei în vagin. Pentru aceasta se face o recoltare de secreţie vaginală cu ajutorul unei anse şi se prepară un frotiu, care se expediază pentru cercetări de laborator.

Constrângerea prin violenţă fizică a victimei se determină prin depistarea urmelor lezionale (echimoze, excoriaţii) pe feţele antero-mediale ale coapselor, pe gât, în jurul gurii, pe torace şi pe membrele superioare. Violul poate avea loc în condiţii agravante: graviditate, mai cu seamă la minore, vătămare corporală gravă şi moartea victimei.

Perversiunile sexuale reprezintă orice raport sexual care depăşeşte limitele fiziologice şi presupun un raport heterosexual, intravaginal, având drept scop procreaţia. Pervertirea (desfrânarea) persoanelor care nu au atins vârsta de 16 ani se manifestă prin diverse forme de satisfacere a instinctului sexual, exceptând raportul sexual fiziologic sau pervers, şi include: copularea sau masturbarea în prezenţa minorilor, familiarizarea acestora cu perversiunile sexuale, cu literatura şi filmele pornografice, fricţiunea penisului de organele genitale sau coapsele fetiţei, introducerea degetelor în vaginul minorei etc. Acţiunile efectuate în cazurile de perversiuni sexuale nu întotdeauna lasă semne specifice pe corp. De aceea, rezultatele examinării medico-legale sunt insuficiente.

Contaminarea venerică reprezintă o infracţiune contra sănătăţii omului şi e suprimată de lege. Persoana poartă o responsabilitate penală numai în cazul când comite conştiincios infracţiunea dată, ştiind că e bolnav de o boală venerică. Concluziile expertizei medico-legale în aceste cazuri se bazează pe diagnosticul pozitiv prezentat de specialistul dermatovenerolog.

4. Expertiza capacităţii de muncă

Capacitatea de muncă prevede raportul dintre capacitatea persoanei de a munci şi cerinţele societăţii faţă de rezultatul ei. Capacitatea de muncă poate fi generală, profesională şi specială.

Capacitatea generală de muncă reprezintă posibilitatea omului de a efectua o muncă necalificată. Capacitatea profesională de muncă include capacitatea omului de a activa conform profesiei sale. Capacitatea specială de muncă prevede posibilitatea omului de a activa într-o anumită specialitate.

Incapacitatea de muncă reprezintă o pierdere a capacităţii de muncă şi poate fi permanentă sau temporară, completă sau parţială.

Determinarea incapacității temporare de muncă ține de competența medicilor curanți care o legalizează prin eliberarea unui certificat medical.

Stabilirea incapacității permanente de muncă e de competența comisiei de expertiză medicală a capacității de muncă, a comisiei de expertiză medicală și asigurare și a comisiei de expertiză medico-legală.

Expertiza medico-legală a incapacității de muncă se efectuează în procesele penale și civile.

5. Expertiza stării sănătății

Determinarea stării sănătății. În practica medico-legală, expertiza stării de sănătate se efectuează în următoarele cazuri: neprezentarea persoanei la anchetă sau judecată din motiv de boală, autenticitatea căreia este dubioasă; la recruții care se sustrag de la obligațiile serviciului militar prin pretextul unei boli etc.

În aceste cazuri, la efectuarea expertizei adesea este necesară participarea mai multor specialiști. De aceea, ea se va face de o comisie stabilită. Dacă pătimitul necesită o examinare clinică, el este spitalizat.

În procesul expertizei, medicii pot fi induși în eroare de către persoana examinată privind starea sănătății ei, fraudele manifestându-se prin simularea bolii, agravare, disimulare, prin boli artificiale sau automutilare.

Simularea reprezintă o boală inexistentă. De obicei, simulanții sunt persoane sănătoase care, prin diverse metode și posibilități, imită anumite semne obiective sau subiective ale unei boli fără a dăuna sănătății. Spre exemplu, se recurge la ridicarea temperaturii corpului prin lovituri cu unghiile degetelor pe capătul termometrului; simularea unei hemoragii prin lezarea mucoasei regiunii respective etc. Adesea se simulează existența bolilor sistemului nervos (iscio-radiculită, enureză nocturnă). Determinarea simulării unor boli psihice ține de competența expertului de psihiatrie legală.

Disimularea, dimpotrivă, reprezintă tăinuirea unor boli. Acestea sunt acțiuni intenționate, întreprinse în scopul obținerii unor avantaje. Disimulanții recurg adesea la persoane substituite. Spre exemplu, pentru camuflarea unui proces patologic în plămâni, cercetarea radiologică este făcută altei persoane.

Agravarea reprezintă o exagerare a manifestărilor bolii sau traumei existente. De obicei, aceasta se referă la caracterele subiective ale bolii (traumei). Agravarea se înregistrează mai frecvent decât simularea. Agravarea urmăreşte un scop concret de profit – la o spitalizare sau tratare în ambulator timp mai îndelungat. Dacă scopul a fost atins, agravantul în scurt timp se însănătoșește.

Bolile artificiale. Există mai multe metode de provocare a bolilor artificiale. Sensul principal al lor constă într-o adevărată dereglare a sănătății, deseori cu o evoluție gravă, cu caractere şi manifestări stabile, care necesită un tratament. De cele mai multe ori, se recurge la bolile artificiale ale pielii şi ale țesuturilor subcutanate moi, ale organului vizual, auditiv etc. În acest scop, asupra organului se acționează cu agenți mecanici, termici, chimici, fizici. Bolile artificiale ale pielii și țesuturilor subcutanate se înregistrează sub formă de dermatite, ulcerații, abcese, flegmoane, tumori etc., localizarea tipică a lor fiind pe membrele superioare şi cele inferioare. Dermatitele pot fi cauzate prin fricțiunea pielii, aplicarea compreselor cu gaz, tutun, baze etc., precum şi prin acțiuni termice. Edemul se provoacă prin ligatura membrului (cu o funie, ață) pe un anumit timp sau prin lovituri multiple cu obiecte contondente.

Ulcerațiile pielii se provoacă mai frecvent cu substanțe chimice (baze, acizi) sau cu plante otrăvitoare (tutun, piciorul-cocoșului). Ele se aplică pe un timp îndelungat, provocând mortificarea țesuturilor moi şi formarea ulcerațiilor.

Abcesele și flegmoanele artificiale se formează după introducerea în țesuturile subcutanate moi a unei infecții sau a substan-

ţelor chimice. Se dezvoltă un proces purulent. La incizia flegmoanelor se simte mirosul substanţei introduse.

Tumorile artificiale se produc prin introducerea sub piele a parafinei, vaselinei, grăsimilor. Adesea, aceste tumori sunt considerate maligne. Diagnosticul lor se efectuează pe baza cercetărilor histologice.

Bolile artificiale ale ochilor pot fi provocate prin presiunea sau introducerea după pleoape a tutunului, varului, piperului negru etc. În asemenea mod se dezvoltă o conjunctivită acută. Adesea se traumatizează corneea. Diagnosticul acestor stări se efectuează în condiţii de staţionar.

Bolile artificiale ale organului auditiv pot fi provocate prin introducerea în canalul auditiv extern a corpurilor străine (sârmuliţe, ţinte etc.), cu lezarea timpanului.

Prin automutilare se înţelege cauzarea intenţionată a leziunilor corporale în scop de profit. Rarcori, mutilarea poate fi realizată de altă persoană (la rugăminte). Prezenţa leziunilor, metoda exercitării şi consecinţele lor pentru sănătate sunt determinate de medicul legist, iar intenţia – de ofiţerul de urmărire penală sau de judecată. Persoana traumatizată va dovedi că a fost jertfa unei agresiuni, unui accident de producţie sau la domiciliu. Sunt posibile automutilări în scopul eschivării de la serviciul militar.

Cel mai des, automutilările sunt cauzate cu instrumente despicătoare (topor, bardă). De regulă, se amputează degetele mâinilor sau ale picioarelor. Este important să se determine prin câte lovituri s-au produs leziunile. Prezenţa urmelor mai multor lovituri exclude acţiunile accidentale. În cazul leziunilor intenţionate degetele mâinilor sunt îndreptate şi puse pe o bază de susţinere tare, iar linia de amputare a lor va fi dreaptă. Reconstituirea condiţiilor de producere a leziunilor cu instrumente despicătoare are o mare importanţă pentru expertiza medico-legală şi pentru organul de urmărire penală.

Automutilările produse cu obiecte ascuţite (cuţit, brici) se întâlnesc mai rar. Aceste leziuni sunt localizate, de regulă, în re-

giunile accesibile şi rareori prezintă pericol pentru viaţă. Persoana va dovedi că leziunile au fost produse de agresor.

Se înregistrează automutilări produse prin arme de foc, situate în regiunile accesibile pentru propria mână. Aceste leziuni de asemenea nu sunt periculoase pentru viaţă. În acest sens este binevenită cunoscuta expresie conform căreia toate leziunile produse cu mâinile proprii pot fi cauzate şi cu cele străine, pe când nu toate leziunile produse de către agresor sunt accesibile şi pentru mâinile proprii.

Expertul medico-legal va stabili distanţa de la care s-a tras, direcţia, prezenţa unor obstacole în calea împuşcării; se vor compara datele obţinute cu mărturisirile examinatului referitor la circumstanţele împuşcării. De obicei, autoleziunile sunt explicate drept accident, agresiune sau tentativă de sinucidere.

La expertiza medico-legală a autoleziunilor mecanice sunt inadmisibile concluziile făcute în pripă. Abia după cercetări minuţioase, efectuarea experimentului de anchetă, expertizei balistice şi a altor acţiuni se vor face concluziile definitive.

6. Expertiza vârstei

Uneori, în practica medico-legală apare necesitatea determinării sau confirmării vârstei unei persoane: cu caracter de identificare, de concretizare a vârstei de recrutare sau pensionare, la examinarea cadavrelor dezmembrate sau neidentificate, în stabilirea vârstei bănuitului în comiterea crimei, a victimei sau inculpatului etc.

În anumite cazuri, astfel de expertize au o mare importanţă în cercetarea dosarului sau în pronunţarea sentinţei. Este stabilit că persoanele până la 14 ani nu sunt supuse urmăririi penale, la vârsta de 14–16 ani ele devin pasibile de răspundere penală numai pentru unele infracţiuni grave, iar după 16 ani infractorul poartă răspundere penală pentru toate crimele comise. Începând cu 18 ani, se aplică pe deplin acuzaţiile prevăzute pentru persoanele adulte.

Expertiza vârstei se efectuează în baza datelor antropometrice, antroposcopice şi a altor modificări anatomo-fiziologice ale organismului. Cu cât omul este mai tânăr, cu atât mai uşor şi mai corect se stabileşte vârsta. În acest scop se utilizează o serie de indici ai modificărilor ţesuturilor, organelor şi funcţiilor fiziologice, care parvin cu vârsta. De menţionat că toate modificările de vârstă depind, în mare măsură, de multipli factori externi şi interni (individuali). La nou-născut, vârsta se determină cu o precizie de până la o lună, la copii şi adolescenţi – cu o variabilitate de 1–2 ani, la persoanele adulte oscilaţiile admisibile constituie până la 5 ani, iar la oamenii de peste 55 de ani diferenţa de vârstă poate fi până la 10 ani. Unele semne, după care se determină vârsta, sunt mai constante, cu o probaţiune relativ înaltă, în timp ce altele sunt foarte variabile şi individuale.

Relativitatea corespunderii vârstei biologice cu cea reală este influenţată şi de faptul că până la 25 de ani organismul uman continuă să crească, iar dimensiunile şi proporţionalitatea unor segmente (organe) ale corpului se schimbă. Alte semne se modifică în funcţie de particularităţile activităţii fiziologice a organismului. Anumite schimbări intervin odată cu procesele de involuţie, cum sunt: culoarea şi elasticitatea pielii, apariţia ridurilor cutanate, ştergerea dinţilor, încărunţirea părului etc.

O mare însemnătate în determinarea medico-legală a vârstei o are procesul de modificare a dinţilor şi scheletului osos, aceşti indici fiind cu mult mai stabili şi informativi. Pentru a stabili vârsta omului, în medicina legală se utilizează un complex de semne anatomo-funcţionale, tabele informative, investigaţii radiologice etc. Rezultatele expertizei medico-legale a vârstei sunt calificate drept aproximative, orientative.

7. Expertiza filiației

Expertiza medico-legală a filiației se efectuează pentru determinarea paternității, a mamei care a născut copilul și în cazurile de schimbare a copiilor. Filiația față de mamă rezultă din însuși faptul nașterii și se dovedește prin certificatul de naștere al copilului. Filiația față de tată cuprinde tăgada paternității și stabilirea paternității copilului născut în afara căsătoriei.

Deseori, expertiza medico-legală se efectuează cu scopul de a determina posibilitatea sau imposibilitatea provenienței copilului de la tatăl presupus, ținându-se cont de factorii ereditari (genetici) ai sângelui. Expertiza poate fi efectuată și pentru determinarea capacității de fecundare a bărbatului, dacă el afirmă că este incapabil de a fi tată. Rareori, se cere stabilirea termenului graviditäții și timpul conceperii, dacă presupusul tată dovedește că a lipsit în acest răstimp din localitatea unde trăiesc mama și copilul.

Pentru rezolvarea acestor probleme se utilizează expertiza serologică, bazată pe studiul și corelarea genetică a caracterelor moștenite de copil de la părinți în cadrul sistemelor sangvine stabile. Grupele sangvine sunt markeri genetici de un real folos pentru expertiza serologică, datorită faptului că sunt stabile în cursul vieții, se transmit ereditar după anumite legi bine cunoscute și verificate.

Examinarea serologică constă în determinarea mai multor sisteme cu element de moștenire, ce pot fi împărțite în trei categorii: 1) după grupele eritrocitare – sistemul ABO sau subgrupele sale; grupele MN; factorii Rhesus, Duffy, Kidd etc.; 2) după grupele serologice – haptoglobine, transferine, fosfataza alcalină, pseudocolinesteraza serică etc.; 3) după alți factori – capacitatea de secreție etc.

Folosind toate sistemele serologice, ar putea fi excluși mulți bărbați fals învinuiți, dar procentul teoretic de excludere este mult mai mare decât cel real, obținut de expertize. Aceasta se datorează, în primul rând, numărului sistemelor folosite în practica medico-legală.

În cadrul expertizei filiației se folosesc și alte metode de examinare (antropologică, eredobiologică). Examenul antropologic se face printr-un studiu detaliat de comparație a caracterelor somatice și trăsăturilor fizionomice ale copilului și ale părinților. Se studiază: ovalul feței, forma bărbiei, nasului, urechilor, culoarea părului, ochilor, pigmentația etc. Examenul eredobiologic include compararea complexului desenelor papilare (palmare și plantare) ale copilului cu cele ale părinților.

O mare perspectivă în expertiza filiației are dactiloscopia genomică. Cel mai frecvent se folosește metoda reacției de polimerizare în lanț (PCR) și metoda polimorfismului lungimii fragmentelor de restricție (RGLPS), prin care paternitatea se determină cu o precizie de până la 100%.

VI. APRECIEREA MEDICO-LEGALĂ A GRAVITĂȚII VĂTĂMĂRII CORPORALE ÎN TRAUMELE CRANIOCEREBRALE *

1. Noțiuni generale

În practica medico-legală, expertizele traumelor craniocerebrale întâmpină mari dificultăți și erori la determinarea gradului vătămării corporale. Aceasta se explică atât prin varietatea manifestărilor clinice ale aceleiași forme a diagnosticului respectiv la diferite persoane, cât și prin insuficiența descrierii semnelor obiective sau utilizării investigațiilor complementare care confirmă diagnosticul.

Corectitudinea concluziilor medico-legale poate fi influențată și de pregătirea profesională a medicului-specialist, de descrierea deplină și corectă a tabloului clinic, de utilizarea adecvată a investigațiilor de laborator etc.

Cele menționate dictează necesitatea folosirii indicațiilor metodice în calitate de standarde care facilitează calificarea medico-legală a traumelor craniocerebrale (TCC) la persoanele agresate.

Neurochirurgia contemporană cunoaște mai multe clasificări ale traumelor craniocerebrale, dar toate cuprind aceleași forme principale:

a) comoție cerebrală;
b) contuzie cerebrală (grad ușor, mediu, grav);
c) compresiune cerebrală.

Trauma craniocerebrală închisă reprezintă lezarea craniului și a encefalului fără întreruperea integrității anatomice a tegumentelor capului, dar cu înregistrarea de echimoze, hematoame etc. Fractura oaselor bolții cranului cu păstrarea integrității tegumentelor de asemenea este o traumă închisă.

---

* Aceste standarde sunt implementate în practica medico-legală, neurologică și neurochirurgicală prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 157 din 30 mai 2005.

Trauma craniocerebrală cu lezarea integrității anatomice a tegumentelor capului este considerată deschisă, deoarece mediul intern al organismului este delimitat de cel extern doar prin piele.

TCC este considerată penetrantă în cazul dereglării integrității anatomice a meningelui dur (dura mater) și nepenetrantă – în lipsa leziunilor acestuia. Astfel, fractura oaselor bazei craniului, la care dura mater îndeplinește rolul periostului și se lezează chiar de o fractură liniară, va fi considerată drept leziune penetrantă. În calitate de criteriu clinic cert al unei leziuni penetrante servesc oto- și nazolicvoreea.

TCC deschisă, în special cea penetrantă, este periculoasă prin posibilitatea infectării primare sau secundare a conținutului cranian.

2. Caracteristica traumelor craniocerebrale

2.1. Comoția cerebrală

Clinic, comoția cerebrală se manifestă printr-o stare de abolire sau pierdere de scurtă durată a cunoștinței (de la câteva secunde până la 5–8 și chiar 30 minute) și nu are un substrat lezional anatomic cerebral. Fenomenul se datorează unor tulburări funcționale, uneori cu amnezie antero- și retrogradă, vomă unică, manifestări vegeto-vasculare cerebrale de ordin general și local. Efectul este tranzitoriu și total reversibil, fără repercusiuni ori subsecvențe imediate sau tardive. Deci, după o comoție cerebrală pacientul își revine complet (după un tratament adecvat).

Semnele subiective: cefalee, vertij, acufene, vomă, slăbiciune, semnul Mann (durere în globul ocular la mișcarea ochilor deschiși). Constatarea pierderii cunoștinței și a vomei este dificilă. Aceste manifestări clinice se consideră drept semne autentice ale TCC numai dacă au fost observate de lucrătorul medical sau de martori și, neapărat, sunt fixate în documentele medicale.

Semnele obiective. Manifestările dereglărilor somatice și vegetative din partea sistemului nervos sunt minime și pasagere. Mai

frecvent se constată: paliditatea sau hiperemia feței, transpirație, proba ortostatică Șellong-Romberg pozitivă (prevalarea frecvenței pulsului mai mult de 12 lovituri/minut la trecere din poziție orizontală în cea verticală), simptome vestibulo-oculostatice (instabilitate în poziția Romberg, probe de coordonare indice-nas, călcâi-genunchi), asimetria tensiunii arteriale, puls moderat frecvent (mai rar încetinit) pe fundalul unei respirații normale sau accelerate, dermografism intens roșu stabil; tremor lingual ușor; spre seară poate apărea subfebrilitate.

Inconstant se poate stabili: nistagmus orizontal de amplitudine mică, schimbarea intensității fotoreacției pupilare, accentuarea reflexelor profunde și diminuarea celor superficiale (primele zile) sau asimetria lor. Sângele periferic și lichidul cefalorahidian, în comoțiile cerebrale, sunt fără modificări. În primele zile după traumă, la majoritatea persoanelor se observă indici normali ai tensiunii lichidului cefalorahidian (în decubit lateral variază între 100 și 200 mm col. H_2O și nu depășește 250 mm col. H_2O); în 25–30% din cazuri, tensiunea este mărită, iar în 15–20% – scăzută. Tensiunea lichidului rahidian se normalizează la a 5-a–a 7-a zi. Tensiunea arterială și temperatura corpului de obicei sunt fără devieri de la normă. La persoanele în vârstă tensiunea arterială poate să crească (la hipertonici) sau să scadă (la hipotonici).

În cazul respectării regimului de tratament, primordial dispar semnele neurologice generale: voma, cefaleea, amețelile etc. (timp de 4–7 zile). Semnele obiective, de regulă, se păstrează nu mai mult de 7 zile. Dereglările vegetative pot persista și mai mult (11 și mai multe zile). În caz de TCC pe fundalul intoxicației alcoolice, tabloul clinic al comoției cerebrale se păstrează mai mult timp, cu o normalizare a sănătății în săptămâna a treia. Cu mult mai grav evoluează comoția cerebrală la bolnavii de etilism cronic.

Pe măsura regresării dereglărilor neurologice și ameliorării stării sănătății pacienților, în prim-plan apar semnele sindromului asteno-vegetativ: instabilitatea reacțiilor emoționale, dereglarea somnului, hiperhidroza mâinilor și picioarelor. Aceste manifestări

clinice regresează, de obicei, în primele 2–4 săptămâni, iar în unele cazuri se păstrează mai mult timp.

Electroencefalograma în comoțiile cerebrale, de regulă, nu se schimbă. Pot fi observate modificarea amplitudei și scăderea frecvenței ritmului alfa, ascensiunea beta- și delta-activității. Astfel de modificări pot persista până la 1,5 luni după traumă. La ecoencefalografie poate fi observată creșterea amplitudei ecopulsative (în lipsa devierii M-ECO), care în ansamblul manifestării comoției cerebrale poate confirma traumatizarea creierului.

Prin urmare, la determinarea medico-legală a gradului de vătămare corporală condiționată de comoția cerebrală, drept criteriu principal servește durata dereglării sănătății. Medicul are dreptul să stabilească diagnosticul de comoție cerebrală numai în baza complexului de semne clinice obiective stabilite la pătimit, inclusiv prin cercetările paraclinice și de laborator.

De menționat că prezența doar a unui sau a două simptome nu este suficientă pentru stabilirea diagnosticului de comoție cerebrală, deoarece și alte maladii, cum sunt osteocondroza și spondiloza deformantă a regiunii cervicale a coloanei vertebrale (acutizarea lor se produce și la cele mai neînsemnate traume), au manifestări clinice similare. Pacienții prezintă aceleași acuze subiective: cefalee, vertij, fatigabilitate. În statutul neurologic se determină instabilitate în poziția Romberg, dereglări de coordonare, de sensibilitate, la baza cărora se află, de regulă, insuficiența vertebrobazilară.

În lipsa datelor de constatare la pătimit a semnelor clinice neurologice obiective de comoție cerebrală în documentele medicale, diagnosticul se consideră neargumentat, iar trauma nu este supusă calificării.

2.2. Contuzia cerebrală

În comparație cu comoțiile, în clinica contuziilor cerebrale există permanent simptomatica de focar, hemoragie subarahnoidiană sau fractura oaselor în regiunea craniului cerebral. Aceste semne, în ansamblu sau separat, se consideră drept semne incontestabile ale contuziei cerebrale, gravitatea căreia depinde de gradul intensității și duratei manifestărilor clinice.

Contuzia cerebrală ușoară se manifestă prin semne neurologice generale și locale moderate, fără dereglarea funcțiilor vitale. Morfopatologic, se caracterizează prin zone locale de edem în țesutul cerebral, hemoragii punctiforme *per diapedesum*, lezări-rupturi ale vaselor mici. Manifestările neurologice generale persistă mai mult timp decât în comoțiile cerebrale. Ele nu dispar în primele zile după traumă. Pierderea cunoștinței durează de la câteva minute până la zeci de minute (mai rar 1–2 ore). Se înregistrează amnezie antero- sau retrogradă, uneori vome repetate. Starea generală a sănătății pătimitului în primele zile este satisfăcătoare sau de gravitate medie.

Semnele subiective: cefalee, grețuri, amețeli, vomă, foto- și fonofobie, iritabilitate.

Semnele obiective: În primele zile după traumă se constată semne de afectare organică a sistemului nervos: dereglarea convergenței, limitarea deplasării marginale a globilor oculari, nistagmus, anizocorie ușoară, asimetrie a pliurilor nazo-labiale, deviație a limbii, asimetrie a reflexelor profunde, semne meningiene pozitive, hiperhidroză, paliditate a tegumentelor, tahicardie (mai rar bradicardie), asimetrie a tensiunii arteriale cu schimbarea valorilor ei, subfebrilitate. Simptomatica de focar regresează chiar în primele zile ale perioadei posttraumatice. Manifestările neurologice generale persistă mai mult timp, dar cu tendințe de regresare în dinamică. Semne de afectare bulbară nu se atestă. În sânge – VSH cu valori înalte și leucocitoză. Rezultatele investigațiilor de laborator ale lichidului cefalorahidian sunt normale, mai rar se

remarcă creşterea moderată a albuminei şi eritrocitoză. Tensiunea lichidului cefalorahidian poate fi scăzută sau mărită. Peste 3–4 zile, starea generală devine satisfăcătoare, unele semne subiective şi obiective pot să se păstreze. Către a 9-a–a 10-a zi, semnele enumerate se reduc esenţial, iar starea generală se ameliorează.

Concomitent cu acest tablou clinic, se păstrează unele microsimptome neurologice sub formă de nistagmus orizontal, asimetrie a pliurilor nazo-labiale, anizocorie şi semne meningiene pozitive. Simptomatica neurologică este neînsemnată şi regresează, de obicei, la 2–3 săptămâni de la traumă.

Modificarea activităţii bioelectrice a creierului decurge ca şi la comoţiile cerebrale, dar se înregistrează mai frecvent. Uneori, se stabilesc semne de focar (în zona afectată) sub formă de scădere şi reducere a oscilaţiilor alfa îmbinate cu unde ascuţite.

În contuziile cerebrale laterale de grad uşor, însoţite de edem perifocal, poate fi stabilită deviaţia neesenţială a ECO medial în limitele 4 mm. Deviaţia maximă, de regulă, se înregistrează la a 2-a–a 4-a zi, treptat regresând timp de 1–2 săptămâni. În cercetarea computer tomografică a contuziilor uşoare nu întotdeauna se stabilesc modificări evidente în creier, dar în unele cazuri este posibil a determina zone cu densitate scăzută a ţesutului cerebral (+8 – +28 unităţi Hounsfield). În aceste cazuri, edemul cerebral poate fi local, lobular, hemisferial, difuz sau se manifestă prin micşorarea spaţiilor lichidiene.

Astfel de modificări se constată deja în primele ore după traumă, atingând apogeul la a 3-a zi, şi dispar peste două săptămâni, fără urme esenţiale. Spre sfârşitul săptămânii a treia, de regulă, semnele neurologice obiective dispar şi starea sănătăţii se normalizează. Concomitent, este posibil să se păstreze mici simptome neurologice, sub formă de nistagmus orizontal, asimetrie a pliurilor nazo-labiale şi anizoreflexie. De obicei, la a 20-a zi, tabloul neurologic poate să se normalizeze complet. Această formă de TCC se califică după criteriul timpului de dereglare a sănătăţii. Rareori, în cazul contuziilor cerebrale uşoare cu semne evidente

de focar și prezența sângelui în lichidul cefalorahidian (1000 hematii/ml) poate avea loc o dereglare a sănătății de lungă durată (peste 20–30 zile) și o pierdere stabilă a capacității de muncă.

Contuzia cerebrală medie se manifestă prin semne neurologice generale și locale mai distincte, mai pronunțate și constante, iar la unele persoane – prin dereglări bulbare tranzitorii. Morfopatologic, se caracterizează prin hemoragii punctiforme, focare de imbibiție hemoragică a țesutului cerebral cu mici zone de ramolisment și lezarea celulelor nervoase, cu păstrarea configurației circumvoluțiunilor.

La pacienți se observă pierderea cunoștinței de lungă durată – de la zeci de minute până la câteva ore (4–6), amețeli, sopor sau comă. După revenirea cunoștinței se observă o perioadă îndelungată de inhibiție, dezorientare, excitație psihomotorie și percepții iluzorii. În perioada de restabilire a cunoștinței se manifestă toate formele de dereglări amnezice, inclusiv amnezia retrogradă sau anterogradă. Starea generală a pacientului se apreciază, de obicei, de grad mediu sau grav.

Semnele subiective: acuze de vome pe un timp îndelungat; persistă cefalee specifică, vertij, zgomot în urechi, anxietate, dereglări vizuale etc. Pot fi observate și modificări de comportament, manifestate prin excitabilitate psihomotorie, uneori prin stări deliriforme.

Semnele obiective. În majoritatea cazurilor, se observă vome repetate. Chiar din primele zile se dezvoltă semne meningiene de diversă intensitate, dereglări bulbare care se manifestă prin disocierea semnelor meningiene, creșterea tonusului muscular și a reflexelor tendinoase, nistagmus, reflexe patologice bilaterale etc. Poate interveni disfuncția activității organelor pelvine. Evident, persistă simptomatica de focar în regiunea afectată, pareza membrelor, dereglarea vorbirii și a sensibilității pielii etc. Constante devin următoarele semne: anizocoria, fotoreacția pupilară diminuată, convergența scăzută, insuficiența nervilor adductori, nistagmus spontan, reducerea reflexelor corneene, pareza mimică (devierea

limbii), asimetria tonusului muscular, micşorarea tonusului în membre, anizoreflexia, adesea asociată cu sindromul diencefalic sau mezencefalic, cu reflexe patologice sau cu accese jacksoniene. Simptomele neurologice de focar treptat (3–5 săptămâni) dispar, dar pot persista timp îndelungat. Cercetările radiologice adesea constată fracturi ale craniului.

În afara tabloului neurologic descris, în contuzii cerebrale de grad mediu se înregistrează: tahipnoe, fără dereglarea ritmului de respirație și a conductibilității căilor respiratorii; dereglarea activității cardiace (tahicardie sau bradicardie); instabilitatea tensiunii arteriale cu tendință spre hipotonie; dereglarea ritmului și frecvenței respiratorii. Pot fi observate hipertermia și dereglări esențiale vegeto-circulatorii. În sânge mai frecvent se determină leucocitoză și mai rar leucopenie, creșterea VSH. În unele cazuri, începând cu a treia zi de la traumă, pe fundul ochiului se observă hiperemia papilelor nervilor optici. La puncția lombară se observă hipo- sau hipertensiune a lichidului rahidian, elemente sangvine în lichidul cefalorahidian (net-rozat, 1000–10000 hematii/ml). Rezultatele electroencefalografice indică modificări ale alfa-ritmului, scăderea amplitudei, reducerea frecvenței undulatorii.

După 3–4 zile de la traumă, semnele neurologice generale se acutizează, starea pacienților în această perioadă este de gravitate medie. Peste 2 săptămâni, starea sănătății, de obicei, se ameliorează, semnele neurologice și meningiene diminuează. Dereglările vegetative se păstrează, iar semnele subiective și obiective nu se modifică. La a 4-a săptămână, din semnele subiective se păstrează doar cefaleea moderată, vertijuri, tinnitus-ul (sunete ascuțite în urechi), diplopia (dedublarea obiectelor), manifestările astenice, instabilitatea vegetativă și circulatorie. Din semnele de focar (locale) se depistează: dereglările oculomotorii, nistagmus orizontal, pareza funcției perechilor VII și XII de nervi craniocerebrali, uneori cu semne patologice, pareza membrelor, dereglările senzitive și de coordonare a mișcărilor, dereglările funcțiilor corticale superioare (afazia, apraxia etc.).

Contuzia cerebrală gravă. Morfopatologic, contuzia cerebrală gravă se caracterizează prin zone de distrucție a țesutului cerebral cu formarea detritului, multiple hemoragii (sânge lichid și cheaguri), cu aplatizarea circumvoluțiunilor creierului și lezarea leptomeningelui. Se evidențiază prin declanșarea unei stări grave și foarte grave imediat după traumă, perioadă îndelungată (de la câteva ore până la câteva zile sau săptămâni) de tulburare a conștienței, până la stare de comă de diferite grade, dereglarea activității vitale pe fundalul manifestărilor clinice ale afectării bulbare, indiferent de localizarea focarului, care și determină gravitatea stării pacientului. Deseori se constată afectarea trunchiului cerebral (la orice nivel) cu dereglarea principalelor funcții vitale. Se înregistrează mișcări pendulante ale globilor oculari, ptoza palpebrală, nistagmus tonic spontan, afectarea deglutiției, dilatarea sau constricția bilaterală a pupilelor la lumină, abolirea reflexelor corneene și bulbare; apare divergența ochilor pe orizontală și verticală, permanent se schimbă tonusul muscular până la rigiditate prin decerebrare, atenuarea sau înviorarea reflexelor tendinoase, ale pielii, ale mucoaselor; apar reflexe patologice bilaterale, paralizii, afazie, semne meningiene. Printre semnele de focar ale emisferelor cerebrale predomină pareza membrelor. Deseori se observă dereglări subcorticale ale tonusului muscular, reflexele automatismului oral etc. Uneori se constată accese de convulsii generalizate sau parțiale. Regresarea semnelor neurologice generale și locale are loc încet: deseori se păstrează fenomene reziduale pronunțate din partea sferei psihice și motorii. După apariția cunoștinței la bolnavi, timp îndelungat persistă dezorientarea, amețelile, somnolența patologică, care periodic alternează cu agitație motorie. La toate victimele se observă amnezie retro- sau anterogradă. În unele cazuri se dezvoltă dereglări ale psihicului. Se înregistrează sindromul neurovegetativ expresiv cu dereglarea respirației, a activității cardiovasculare, a termoreglării și a metabolismului. Pot fi stabilite bradicardia sau tahicardia, uneori cu aritmii, hipertensiunea arterială, dereglarea respirației și a frecvenței ritmului ei, hipertermia etc.

Lichidul cefalorahidian conține sânge. În sângele periferic se stabilește leucocitoză neutrofilă cu deviere spre stânga și creșterea VSH. La electroencefalografie se observă dereglarea ritmului alfa, asociat cu delta- și tetra-activități. La această categorie de bolnavi ritmul alfa deseori nu se înregistrează. Prevalează formele lente de activitate. La EEG se observă activitate patologică în diapazoanele delta și tetra, aceasta fiind caracteristică pentru dereglarea funcțională a trunchiului cerebral. Predomină undele lente polimorfe, care nu se schimbă la excitații externe. Adesea se înregistrează semnele epilepsiei posttraumatice. Prin cercetările ecoencefalografice pot fi constatate semne stabile de deviere a structurilor mediane ale creierului, unde suplimentare. Concomitent, este posibilă diminuarea sau dispariția pulsației ecosemnalelor, care treptat se restabilește la pacienții cu dinamică pozitivă.

Pe angiograme, regiunea contuzivă a creierului reprezintă o zonă avasculară. La tomografia computerizată se determină afectare de focar a țesutului cerebral sub formă de zonă neomogenă cu densitate crescută. Pe tomodensitometriile locale, în aceste zone se observă alternarea sectoarelor cu densitate crescută (de la +54 până la +76 unități Hounsfield) sau redusă (de la +16 până la +28 unități Hounsfield), care corespunde zonei morfologice a contuziei. După 30–40 de zile de la traumatism, în locul contuziei se dezvoltă atrofie sau/și chisturi. La lezare axonală difuză, pe tomograme pot fi depistate multiple hemoragii delimitate în nucleele semiovale ale ambelor emisfere, în trunchiul cerebral, în structurile periventriculare și în corpul calos, pe fundalul creșterii difuze a volumului cerebral drept consecință a edemului generalizat. De regulă, contuziile cerebrale grave sunt însoțite de fracturi ale bolții și bazei craniene, precum și de hemoragii subarahnoidiene masive. La o evoluție favorabilă, timp îndelungat se păstrează atât simptomatica generală, cât și cea de focar, care se soldează pe viitor cu invaliditate. Contuzia cu compresiunea creierului (hematom intracerebral, edem) reprezintă o manifestare gravă a TCC.

Notă. Sindromul comatos traumatic poate fi definit prin: abolirea totală a stării de conştienţă, însoţită de eventuale tulburări vegetative şi neurologice mai mult sau mai puţin accentuate.

Diagnosticul clinic se efectuează pe baza abolirii stării de conştienţă, a modificărilor vegetative şi neurologice.

După criteriul leziunii dominante, Arseni C. şi colab. au propus să se evidenţieze cinci grade de comă.

Gradul I. Pacientul este inconştient, funcţiile vegetative sunt în normă sau uşor modificate, toţi timpii de deglutiţie sunt prezenţi, după cum şi reflexele de apărare şi automate (bolnavul se apără la excitaţiile exteroceptive, respectiv la excitaţiile proprioceptive: duce mâna la cap, dacă îl doare; se acoperă cu plapuma, dacă îi este frig).

Reflexele sunt normale sau uşor midriatice, reflexul fotomotor – diminuat sau abolit. La proba calorică vestibulară se constată deviere tonică conjugată a globilor oculari spre partea irigată. Leziunea se află în segmentul rostral al trunchiului cerebral (mezencefal).

Gradul II. Pacientul este inconştient, funcţiile vegetative – moderat pronunţate, timpul I (labial) al deglutiţiei este abolit, reflexele automate – conservate, cele de apărare – ineficiente. La proba vestibulară calorică se constată deviere lentă, conjugată a globilor oculari spre partea irigată. Leziunea este medio-pontică.

Gradul III. Pacientul este inconştient, există grave perturbări ale funcţiilor vegetative, timpii I şi II ai deglutiţiei sunt aboliţi, timpul III – întârziat. Reflexele automate şi de apărare sunt abolite. La proba vestibulară calorică se remarcă devierea globilor oculari, deseori disconjugată, sau absenţa devierii ochilor. Bolnavul prezintă hipertermie şi tensiune arterială oscilantă. Pot fi prezente reacţii de decerebrare. Leziunea este localizată în partea inferioară a punţii.

Gradul IV. Pacientul este inconştient, total areactiv, funcţiile vegetative sunt foarte grav perturbate, la limita compatibilităţii cu supravieţuirea, deglutiţia – abolită, reflexul de tuse – abolit. Pupilele

sunt în midriază fixă, reflexele fotomotor şi ciliospinal – abolite, reflexele oculo-cefalice, oculo-vestibulare de asemenea sunt abolite. Se constată flascitate musculară şi extensie bilaterală a halucelui. Leziunea este în partea superioară a bulbului.

Gradul V (comă depăşită). Pacientul este total inconştient, cu respiraţia susţinută artificial. Leziunea este situată în segmentele bulbare inferioare. Sindromul corespunde celui de „moarte a creierului".

Gradarea comei, propusă de Teasdale şi Jannet, aşa-numita scală Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS), se bazează pe testarea a 3 elemente: deschiderea ochilor (4–1 puncte), răspunsurile verbale (5–1 puncte) şi activitatea motorie (6–1 puncte).

Actualmente, această scală extrem de practică este pe larg utilizată în toate departamentele de neurochirurgie. GCS se referă nu numai la diverse grade de comă, întrucât răspunsurile la comenzile verbale presupun absenţa comei.

Oricum, punctajul 3 (minim) corespunde comei profunde (gradul IV) cu prognostic „infaust".

Punctajul 4–5 relevă comă de gradul III.

Punctajul 6–7 – comă de gradul II.

Punctajul 8 – comă superficială de gradul I.

9–14 puncte corespund unor tulburări de conştienţă.

La 15 puncte bolnavul este perfect conştient, cu răspunsuri prompte verbale, oculare, motorii.

Scala şcolii ruseşti prevede şapte gradaţii de dereglare a conştienţei: clară, obnubilare moderată, obnubilare profundă, stupoare, coma I (moderată), coma II (profundă), coma III (terminală sau supraliminală).

Diagnosticul paraclinic: CT-scan; în lipsa CT – angiografia carotidiană, ECHO sau EEG.

Pondere investigatorie majoră în comele traumatice au: CT-scan, care arată revărsatele sanguine, focarele de dilacerare şi contuzie cerebrală, eventual multiple, edemul cerebral, aspectul ventricular cerebral şi modificările craniene.

Evoluție, complicații, prognostic

Evoluția stării de comă traumatică depinde în primul rând de afectarea, de suferința trunchiului cerebral; la acestea se mai adaugă și alți factori: hematoamele intracraniene, vârsta, leziunile organice asociate, starea encefalului preexistentă traumatismului craniocerebral sau altor organe în cazul politraumatismelor.

Pacienții cu come de gradele I și II au șanse de ameliorare, dacă se aplică tratamentul adecvat.

La cei cu comă de gradele III și IV șansele sunt reduse: tratamentul poate avea, în unele cazuri, drept rezultat supraviețuirea, dar cu sechele psihice sau/și neurologice.

Agravarea unui sindrom comatos indică, adesea, o complicație (de evoluție spre ramolisment sau de apariție a unui hematom în focar) diagnosticabilă prin CT-scan sau angiografie cerebrală.

Din punct de vedere medico-legal, comele traumatice constituie un element major, atât în prognosticul vital, cât și în cel funcțional al pacienților cu traumatisme craniocerebrale cu sau fără leziuni traumatice asociate.

2.3. Compresiunea cerebrală

Compresiunea cerebrală se caracterizează prin pericolul de creștere accentuată a simptomelor imediat după traumă sau peste un interval de timp, și anume: a simptomelor cerebrale generale (apariția sau aprofundarea dereglărilor de conștiență, intensificarea cefaleei, vomă repetată, agitații psihomotorii etc.), de focar (apariția sau aprofundarea hemiparezelor, midriază unilaterală, accese epileptice focale etc.) și simptomelor trunchiului cerebral (apariția sau aprofundarea bradicardiei, creșterea presiunii arteriale, anizocoria, nistagmus spontan, semne patologice bilaterale etc.).

Dintre cauzele compresiunii cerebrale, pe primul loc se situează hematoamele extra- și intracerebrale (epidurale, subdurale,

intraparenchimatoase), apoi eschilele osoase, hematomul intraventricular posttraumatic, higroma durei mater, pneumocefalia traumatică.

Hematomul extradural (HE) este o colecție sanguină constituită între tăblia internă a craniului și dura mater, având efect compresiv asupra encefalului. Cauza hematomului extradural este, de cele mai multe ori, o leziune arterială posttraumatică, în mod particular a arterei meningiene mijlocii. Aceasta explică predilecția hematomului extradural pentru fosa cerebrală temporală, cu care dura mater are aderență minimă. Mai rar, etiologia este de origine venoasă (plagă a unui sinus venos) sau osoasă (lacune venoase din diploe). Volumul hematomului poate varia între 50 și 150 ml. Hematomul extradural afectează preponderent sexul masculin și tinerii. Evoluția clinică este stadială: mai întâi se produce pierderea cunoștinței, apoi revenirea la starea de conștiență normală (interval liber), pentru ca, ulterior, să reapară tulburările de conștiență cu evoluție spre comă. În absența tratamentului apar: cefalee, vomă, hemipareză controlaterală, midriază ipsilaterală, stare de comă, tulburări vegetative marcate (tahicardie, aritmie, hipotonie arterială, tulburări de ritm respirator), datorate comprimării trunchiului cerebral în incizura tentorului. Valoare informațională are radiografia craniană simplă, care relevă liniile de fractură. Angiografia cerebrală relevă aspectul tipic de „vid vascular". CT-scan reprezintă investigația de elecție care evidențiază: sediul, natura, volumul hematomului, deplasarea sistemului ventricular.

Hematomul subdural (HSD) este o colecție sanguină de etiologie traumatică, dezvoltată între dura mater și arahnoidă, cu efect compresiv asupra encefalului și îi afectează mai ales pe adulții de sexul masculin. Clinic și morfopatologic se clasifică în hematom subdural acut (până la 1–3 zile), fără membrane de fibrină, subacut (până la 2–3 săptămâni) și cronic (după 3 săptămâni), cu membrane parietală și viscerală. Hematomul subdural acut și cel subacut apar după un traumatism craniocerebral sever, în care se produc și leziuni cerebrale specifice (contuzie, dilacerare). Hema-

tomul subdural provine din ruperea directă a vaselor corticale contuzionate, volumul variind între 50 şi 200 ml. Hematomul subdural acut se manifestă prin instalarea comei imediat după traumatism, cu semne neurologice de localizare majore. Alteori, copiază evoluţia hematomului extradural, cu interval liber, urmat de tulburări de conştienţă, deficit controlateral, comă şi, în final, decerebrare. În cazul hematomului subdural cronic, simptomatologia se instalează lent, după un interval perfect lucid (liber) de 4–12 săptămâni, însă obligator de minimum 3 săptămâni, pentru a se produce capsula HSDC. În acest interval uneori există acuze: cefalee intermitentă, vertij, vărsături. După acest interval se instalează treptat, lent, sindromul neurologic de focar (pareză faciobrahială controlaterală) şi sindromul de HIC (cefalee, vărsături, edem papilar). Treptat, apare hemipareză controlaterală, somnolenţă, dezorientare de comportament, memorie şi atenţie. În evoluţia ulterioară a HSDC la compresiunea trunchiului cerebral are loc apariţia comei rapid progresive, cu marcate tulburări vegetative. CT-scan constituie investigaţia de elecţie, relevând date despre sediul, volumul şi vechimea revărsatului, existenţa leziunilor cerebrale primare, a edemului cerebral şi a deplasării sistemului ventricular.

Hematomul intraparenchimatos (HIP) reprezintă revărsate sanguine circumscrise şi bine delimitate, dezvoltându-se în însăşi substanţa cerebrală, într-un focar de contuzie cu evoluţie progresivă şi efect compresiv; constituie cca. 5% din toate hematoamele endocraniene. Hematoamele intracerebrale în formă pură sunt rare şi se stabilesc în plăgile produse prin arme de foc. Mecanismele traumatice prin impact direct, contralovitură, prin fenomene de acceleraţie sau deceleraţie, produc leziuni focale şi difuze care pot domina tabloul clinic (deficit motor, afazie, hemianopsie, modificarea stării de conştienţă). Volumul variază între 20 şi 100 ml. CT-scan este capabilă să informeze în ceea ce priveşte sediul, volumul şi caracterul tuturor leziunilor traumatice intracraniene.

Morfopatologic, este constituit, de regulă, dintr-o masă de cheaguri şi sânge. Diagnosticul pozitiv se bazează pe datele clinice, coroborate cu două metode de investigaţie: arteriografia cerebrală, care dă informaţii indirecte asupra existenţei hematomului, şi CT-scan – metodă capabilă să informeze în ceea ce priveşte sediul, volumul şi caracterul leziunilor traumatice. Intervalul de apariţie a fenomenelor clinice de HIP faţă de momentul traumatic are o importanţă deosebită. Atunci când simptomele legate de HIP apar în primele 3 zile, poate fi argumentată relaţia dintre traumatism şi sângerare, însă atunci când intervalul este mai mare de 5 zile sau de câteva săptămâni, această legătură devine problematică. Un hematom intraparenchimatos nu poate fi traumatic în lipsa leziunilor cerebrale traumatice grave, care în mod obligator ar fi trebuit să genereze HIP. Este necesar să se cunoască exact condiţiile de producere a traumatismului, stările preexistente ale persoanei.

Hematomul intraventricular posttraumatic (HIVPT) se datorează revărsatului sanguin din plexul coroid traumatizat şi se manifestă ca o colecţie sanguină bine delimitată, compresivă în ventriculul cerebral. Există HIV acute, subacute şi tardive, produse prin ruperea unui angiom de plex coroid. Deseori, în momentul ictusului, pacientul suferă un traumatism craniocerebral secundar prin cădere, fapt care duce la diagnosticarea greşită a acestui HIV drept posttraumatic. Ca şi în situaţiile precedente, numai examenul morfopatologic cerebral complet relevă existenţa şi a altor leziuni traumatice sau a unei malformaţii vasculare (angiom, anevrism) la nivelul plexurilor coroide, precizând astfel rolul real al traumatismului în producerea acestui HIV.

Higroma durei mater (HDM) face parte din colecţiile lichidiene intracraniene traumatice. Este o colecţie circumscrisă într-o zonă din spaţiul subdural şi poate exercita compresiune cerebrală. HDM poate fi delimitată de o neomembrană, ce conţine lichid xantocrom (higroma) sau fără membrană şi cu lichid clar (hidroma). Modul de apariţie şi dezvoltare a HDM nu este prea bine cunoscut. În diagnosticul clinic nu există elemente semio-

logice specifice, ci numai aspectul clinic de sindrom de compresiune cerebrală, practic imposibil de diferențiat de cel care însoțește hematoamele subdurale. Diagnosticul paraclinic: CT-scan și angiografia cerebrală.

Pneumocefalia traumatică. La fracturarea oaselor fosei craniene anterioare pot fi traumatizate osul etmoid și sinusurile frontale cu lezarea durei mater, provocând dezvoltarea pneumocefaliei traumatice. Aceasta se datorează formării unui canal prin care aerul pătrunde în cavitatea craniană din sinusurile paranazale. Există 4 forme de pătrundere a aerului în cavitatea craniană: a) epidurală; b) subdurală; c) subarahnoidiană și intraventriculară; d) intracerebrală.

În cazul acumulării aerului epi- sau subdural, semnele fenomenului apar imediat după traumă (cefalee severă, semne cerebrale generale și în focar), iar în pneumocefalii intracerebrale manifestările clinice apar peste câteva săptămâni sau luni. Diagnosticul se bazează pe cercetările radiologice și datele clinice. Pe radiograme, de obicei, se observă un sector aerian.

Aerul acumulat în regiunea bolții orbitale poate să afecteze procesul olfactiv (anosmie), iar dacă pătrunde în regiunea nervului sau chiasmei optice, el poate deregla vederea, inclusiv cu pierderea totală a ei.

3. Stabilirea gravității vătămării corporale

3.1. Recomandări generale

Stabilirea medico-legală a gravității vătămării corporale în traumele craniocerebrale complicate trebuie efectuată în comisie, cu participarea specialiștilor calificați. În cadrul comisiei de experți trebuie implicați neurochirurgul (în primele săptămâni după traumă) și neurologul (după expirarea perioadei acute a traumei). În cazul manifestărilor psihopatologice condiționate de traumă, examinarea pătimiților trebuie efectuată cu participarea obligatorie în comisie a psihiatrului.

Vulnerabilitatea deosebită a funcțiilor neuropsihice în traumele craniocerebrale este condiționată de frecventa afectare a lobilor frontali și temporali ai creierului, precum și de lezarea difuză a substanței albe a emisferelor mari (lezări axonale). Documentele medicale, prezentate expertizei medico-legale, trebuie să conțină date suficiente și convingătoare pentru elaborarea concluziilor și răspunsurilor la întrebările expuse spre soluționare. De exemplu, în foaia de observație clinică trebuie să fie înscrieri zilnice, ample, care reflectă dinamica cauzelor și schimbările manifestărilor clinice ale traumei. Dacă în cadrul examinării, experții suspectează prezența fracturilor oaselor craniului, afectarea creierului sau hemoragii intracraniene, astfel de pătimiți neapărat se spitalizează. Efectuarea expertizei doar în baza documentelor medicale în original (foaia de observație clinică, cartela de ambulator ș.a.), fără examinarea nemijlocită a pătimitului, se admite ca excepție atunci când este imposibilă examinarea directă a pătimitului, de către expert(ți) și dacă în documentele medicale există informații concrete referitoare la caracterul lezional, evoluarea clinică și consecințele traumei, rezultatele cercetărilor clinice și instrumentale, suficiente pentru elaborarea concluziilor.

Examinarea documentelor medicale în care se reflectă structura clinico-morfologică a traumei, dinamica ei și gradul vătămării corporale se realizează de toți specialiștii, membri ai comisiei. Concluziile expertale trebuie să fie bazate numai pe semnele obiective ale traumei, constatate la examinarea pătimitului în instituția medicală. La stabilirea sechelelor traumei craniocerebrale suportate se va ține cont de posibilitatea prezenței simptomelor analogice la unele maladii (distonie vegeto-vasculară, osteocondroză, tireotoxicoză, alcoolism, narcomanie etc.). În cadrul stabilirii gradului de vătămare corporală cauzată de TCC, printre manifestările patologice craniocerebrale este necesar de stabilit și de luat în considerație și consecințele acutizării sau complicațiile maladiilor preexistente, apărute ca urmare a particularităților individuale ale organismului, deficiențele acordării asistenței medicale

şi care nu au legătură cauzală directă cu acţiunea agenţilor traumatici, dar au putut să apară indiferent de acţiunea traumatică asupra capului.

Dacă este necesar să se stabilească (să se delimiteze) geneza simptomatologiei craniocerebrale depistate (sau a consecinţelor TCC – urmările TCC suportate anterior sau maladiile preexistente ale SNC), concomitent cu complexul diferenţial-diagnostic de apreciere a datelor materialelor dosarului penal şi rezultatelor examinărilor expertale ale pătimitului, este indicat de a confrunta:

a) complexul manifestărilor clinico-morfologice ale traumei craniocerebrale cu caracteristica vectorografică a acţiunii traumatice (locul şi direcţia);

b) caracteristicile ergometrice ale acţiunii traumatice cu manifestările craniocerebrale, interpretate drept dovadă a traumei craniocerebrale în cauză.

Dacă această delimitare nu poate fi realizată (din cauza insuficienţei cercetării medicale primare, a informaţiei incomplete în documentele prezentate etc.), acest fapt trebuie să fie reflectat clar şi precis în concluziile expertale.

3.2. Algoritmele de determinare

Semnele vătămării corporale grave. În algoritmul stabilirii gravităţii vătămării corporale în rezultatul TCC, criteriul prioritar este pericolul pentru viaţă. Astfel de pericol poate fi condiţionat de anumite forme şi genuri de manifestări.

A. Prima categorie:

– contuzia cerebrală gravă (cu sau fără manifestări de compresiune) şi contuzia cerebrală medie (numai în prezenţa semnelor de afectare a regiunii bulbare, indiferent de consecinţe); leziunile penetrante în cavitatea craniului, inclusiv fără afectarea creierului;

– fracturile bolţii şi bazei craniene, închise şi deschise, cu excepţia fracturilor izolate ale oaselor faciale sau numai ale lamei externe a oaselor bolţii craniene.

B. A doua categorie include consecințele TCC manifestate prin semne primejdioase pentru viață, condiționate de stări patologice sau maladii:

– comă cerebrală;

– șoc traumatic de gradele III și IV (în TCC izolate se înregistrează rar, admisibil în TCC asociate cu lezarea altor organe și sisteme);

– dereglare circulatorie cerebrală de grad înalt;

– hemoragie masivă;

– insuficiență cardiovasculară acută, colaps;

– dereglare respiratorie acută de grad înalt;

– stare septico-purulentă;

– dereglare circulatorie regională și în organ, soldată cu embolie (gazoasă sau lipidică) a vaselor cerebrale, trombo-embolie, infarct (ictus) cerebral;

– asociere a stărilor primejdioase pentru viață.

Consecințele TCC **nepericuloase pentru viață,** dar soldate cu consecințe GRAVE pentru sănătate sunt:

1. Dereglarea psihică – diagnosticul, gravitatea și legătura de cauzalitate ale căreia cu TCC se efectuează în cadrul expertizei judiciare psihiatrice. Determinarea gravității vătămării corporale, condiționată de dereglarea psihică, se efectuează în cadrul expertizei în comisie – medico-legale și psihiatrico-judiciare.

2. Pierderea stabilă a capacității generale de muncă nu mai puțin de o treime (1/3), condiționată de sechelele TCC grave (cu consecințe definitivate sau cu o durată a dereglării sănătății de peste 120 zile), care se manifestă prin:

a) accese epileptice frecvente (nu mai rar de unul pe săptămână), debilitate mintală, paralizii, agnozie, apraxie, afazie, ataxie, dereglări vestibulare și cerebrale (100% pierdere stabilă a capacității generale de muncă);

b) pierdere esențială a volumului de mișcări și a forței musculare a membrelor, dereglare vădită a coordonării mișcărilor,

diminuarea tonusului muscular, accese epileptice frecvente – nu mai rar de o dată pe lună (75% pierdere stabilă a capacității generale de muncă);

c) consecințe ale fracturilor oaselor bolții și ale bazei craniene, hematoame epi- și subdurale, hemoragii subarahnoidiene, contuzii cerebrale, precum și prezența defectului osos postoperator, inclusiv a celui acoperit cu transplant:

• afectarea organică a două sau mai multor perechi de nervi cranieni, dereglarea pronunțată a coordonării mișcărilor, creșterea esențială a tonusului și a forței musculare în membre, scăderea intelectului și a memoriei, accese epileptice (4–10 pe an), prezența defectului postoperator pe o suprafață de 20 cm^2 și mai mult (60% pierdere stabilă a capacității generale de muncă);

• afectarea organică a câtorva perechi de nervi cranieni, dereglarea moderată a mișcărilor coordonate, creșterea moderată a tonusului și a forței musculare în membre, accese epileptice rare (2–3 în an), prezența defectului postoperator pe o suprafață de la 10 până la 20 cm^2 (45% pierdere stabilă a capacității generale de muncă).

Semnele vătămării corporale de grad mediu. Vătămările corporale de grad mediu se determină în lipsa semnelor periculoase pentru viață sau a consecințelor prevăzute de „Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămărilor corporale." Ordinul nr. 199 din 27.06.2003 al Ministerului Sănătății (*Monitorul Oficial al R.M.*, nr. 170–172 din 08.08.2003).

Principalele criterii ale vătămării corporale de grad mediu sunt:

– dereglarea sănătății de lungă durată – peste 21 zile, condiționată de TCC, inclusiv de consecințele ei;

– pierderea stabilă a capacității generale de muncă mai puțin de o treime (de la 10 până la 33% inclusiv), condiționată de sechelele (consecințele) TCC, prevăzute de „Regulamentul de apreciere a vitalității". Dintre acestea menționăm:

a) afecțiune organică a câtorva perechi de nervi craniocerebrali, dereglări olfactive sau gustative, dereglări neînsemnate de

coordonare, creştere uşoară a tonusului muscular şi scăderea forţei membrelor, dereglări motorii sau senzitive moderate, accese epileptice unice, prezenţa defectului osos după trepanaţie postoperatorie de 4–10 cm^2;

b) consecinţe reziduale ale TCC, fracturi incomplete ale oaselor bolţii craniene, ale comoţiilor cerebrale, ale hematoamelor extradurale, ale hemoragiilor subarahnoidiene; prezenţa unor semne de focar: nistagmus, deviaţia limbii, atenuarea plicii nazo-labiale etc; defect osos postoperator cu o suprafaţă mai mică de 4 cm^2 (20% pierdere a capacităţii permanente de muncă); semne vegetative – tremor al pleoapelor şi degetelor mâinilor, hiperreflexie a tendoanelor, dereglări vasomotorii etc.

Semnele vătămării corporale uşoare. Dintre criteriile de stabilire a vătămării corporale uţoare, condiţionate de TCC, fac parte:

– dereglarea sănătăţii de scurtă durată (nu mai mult de 21 zile);

– incapacitatea stabilă şi neînsemnată (până la 10%) de muncă.

Criteriile indicate se aplică diferenţial, în funcţie de forma traumei craniocerebrale (comoţie cerebrală sau contuzie cerebrală uşoară).

Comoţia cerebrală, cea mai uşoară formă de TCC, nu are un substrat lezional anatomic cerebral, este total şi rapid reversibilă, fără nici un fel de complicaţii (consecinţe) ulterioare. Unicul criteriu de determinare a gravităţii vătămărilor este dereglarea sănătăţii de scurtă durată, care nu depăşeşte 21 zile.

În contuziile cerebrale uşoare (în majoritatea cazurilor) criteriul de determinare a gravităţii vătămărilor este dereglarea sănătăţii de scurtă durată, motivată prin faptul că la a 20-a zi simptomele neurologice obiective, de regulă, dispar şi starea pacientului se normalizează complet.

Totodată, trebuie de ţinut cont că în unele cazuri de contuzie cerebrală uşoară, dereglarea sănătăţii este de lungă durată (mai mult de 20–30 zile), condiţionată de dereglări licvoro-circulatorii cu apariţia hidrocefaliei, disfuncţiei vegetative; uneori, cu apariţia

arahnoiditei şi encefalopaţiei, confirmate (obligator) prin datele puncţiei lombare, investigaţiilor de laborator ale lichidului cefalorahidian, EEG în dinamică etc.

Consecinţele acestei traume pot să se exprime prin dezvoltarea arahnoiditei optico-chiasmatice (la localizarea focarului de contuzie pe suprafaţa bazală a creierului), convulsii epileptiforme etc.

Totodată, ele pot fi favorizate şi de unii factori (condiţii): spitalizare tardivă, nerespectarea regimului, tratament etiopatogenic neadecvat (insuficient), prezenţa maladiilor somatice preexistente etc. Din acest motiv, în cazurile suspecte, calificarea gradului de vătămare corporală în contuziile cerebrale uşoare trebuie să se efectueze conform criteriului consecinţe şi urmări ale leziunilor, cauzând dereglarea sănătăţii asociată cu incapacitate stabilă de muncă.

Întrebarea cu privire la consecinţele contuziei cerebrale uşoare trebuie soluţionată nu mai devreme de 3 (trei) luni de la traumatism. Dacă după această perioadă se depistează simptome de focar, care mărturisesc despre dereglări organice definitivate ale sistemului nervos, această situaţie serveşte drept bază pentru determinarea volumului incapacităţii stabile de muncă.

La aprecierea proceselor restante posttraumatice cerebrale, este necesar să se ţină cont şi de posibilitatea prezenţei simptomelor similare la unele maladii (vegetodistonii discirculatorii, tireotoxicoze, alcoolism, narcomanie etc.).

Gravitatea vătămărilor traumelor craniocerebrale se stabileşte fără a lua în consideraţie acutizarea sau agravarea maladiilor preexistente, apărute în virtutea particularităţilor individuale ale organismului, deficienţelor în acordarea asistenţei medicale sau altor împrejurări.

Gradul vătămării corporale în caz de TCC nu se determină, dacă:

– diagnosticul nu este confirmat prin date obiective (tabloul clinic are un caracter nedeterminat, examinările clinice şi paraclinice sunt incomplete);

– consecințele traumei nu sunt clare;

– persoana refuză efectuarea examinărilor suplimentare sau nu se prezintă la examinarea specialistului, fapt ce nu-i permite expertului să stabilească corect caracterul vătămării sănătății, evoluării clinice și al consecinței;

– lipsesc documentele medicale necesare, inclusiv rezultatele cercetărilor suplimentare, fără de care este imposibilă determinarea caracterului și gradului vătămării corporale.

Notă. La determinarea gradului de gravitate medico-legală a consecințelor tardive ale TCC, medicul legist trebuie să precizeze în urma cărei forme clinice concrete (comoție cerebrală, contuzie cerebrală) au apărut consecințele, având la bază documentele medicale oficiale în original.

BIBLIOGRAFIE

1. Adams J., Mader R. *Autopsy*. Chicago, 1976.

2. Astărăstoae V., Grigoriu C., Scripcaru C. *Ghid practic de medicină legală pentru jurişti*. Iaşi, 1993, 193 p.

3. *Aprecierea medico-legală a gravităţii vătămării corporale în traumele craniocerebrale* (Indicaţii metodice) // Implementat în practică prin ordinul Ministerului Sănătăţii al RM nr.157 din 30.05.2005.

4. Baciu Gh. *Medicina legală*. Chişinău, Ed. „Ruxanda", 1999, 230 p.

5. Baciu Gh. *Bazele legislative şi procedurale ale activităţii serviciului medico-legal din Republica Moldova*. INFO-MED, 2005, nr. 2, p. 9–16.

6. Baciu Gh., Ungurean S. *Cercetarea medico-legală a cadavrului*. Chişinău, 1996, 104 p.

7. Baciu Gh., Pădure A. *Expertiza medico-legală a minorilor // Expertiza judiciară în cauzele privind minorii*. Chişinău, Combinatul Poligrafic, 2005, p. 54–89.

8. Chroscielewski E., Szperl-Seyfriedowa A. Sekcja rwlok Plodi i Noworodka (Diagnostyka i tehnika anatomo-patologiczna i sadowo-lekarska). Warszawa, 1956, 223 s.

9. Rakallio J., Perper J.A., Wecht C.Y. *Microscopic diagnosis in forensic pathologies*. Springfield, 1980.

10. Regulamentul cu privire la primirea, înregistrarea, păstrarea şi eliberarea cadavrelor în secţiile tanatologice (morgă) ale CML//Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii al RM din 25.02.1999.

11. Regulamentul expertizei medico-legale a cadavrului// Aprobat de Ministerului Sănătăţii al RM la 04.05. 1999.

12. Regulamentul de apreciere medico-legală a gravităţii vătămării corporale//Implementat în practică prin ordinul Ministerului Sănătăţii al RM nr.199 din 27.06.2003 (*Monitorul Oficial al RM*, nr. 170–172 din 08.08.2003).

13. Головин Д.И. *Вскрытие трупов*. Кишинев, 1957, 112 с.

14. Загрядская А.П. *Судебно-медицинская экспертиза трупа*. Горький, 1974, 54 с.

15. *Инструкция по организации работы и соблюдению противоэпидемического режима патологоанатомическими отделениями и Бюро судебно-медицинской экспертизы в случаях подозрения или обнаружения особо опасных инфекций*. Алма-Ата, 1980, 32 с.

16. Пашинян Г.А., Харин Г.М. *Оформление заключения эксперта (экспертиза трупа)*. Москва, 2006, 91 с.

17. Солохин А.А., Солохин Ю.А. *Руководство по судебно-медицинской экспертизе трупа*. Москва, 1997, 263 с.